

INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA NO TERAPÉUTICA (INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA NO CLÍNICA)

1. En la aplicación puramente científica de la investigación médica en seres humanos, el deber del médico es el de permanecer en su rol de protector de la vida y salud del individuo sujeto a la investigación
2. Los individuos deben ser voluntarios en buena salud o en pacientes cuyas enfermedades no se relacionen con el plan experimental.
3. El investigador o el grupo investigador debe interrumpir la investigación si, en su opinión, al continuarla ésta puede ser perjudicial para el individuo.
4. En la investigación en seres humanos, jamás debe darse preferencia a los intereses de la ciencia y de la sociedad antes que al bienestar del individuo.

TEMA 6

La miseria de la Bioética

Parece curioso que en un manual sobre Bioética, alguien llegue con una ponencia precisamente sobre lo opuesto a dicho tema: la miseria de la Bioética.

Con ello no pienso expresar contrariedad alguna, sino hacer un aporte crítico con respecto a la configuración teórica de la Bioética y a sus campos de aplicación específicos; precisamente porque creo en ella, considero legítimo cuestionarla en sus fundamentos.

Hacia 1971, el padre de la Bioética, el oncólogo Rensselaer van Potter nos lanzó el desafío de contribuir con el futuro de la humanidad mediante una nueva disciplina: la Bioética.

En el prólogo de su libro *Bioethics: bridge to the future* nos dice:

Si hay dos culturas que parecen incapaces de hablar la una con la otra -la ciencia con las humanidades- y si ello es parte de la razón por la que el futuro parece dudoso, entonces, posiblemente, nosotros podríamos construir un puente hacia el futuro construyendo la Bioética como un puente entre las dos culturas.

Potter pensaba que la Ética, entendida como el estudio del carácter humano ideal, de las morales, de las acciones y de los fines en términos históricos, no puede separarse de una comprensión realista de la ecología en su amplio sentido: los valores éticos no se pueden separar de los hechos biológicos.

Planteado el reto -el puente entre las ciencias de la vida y la cultura- el siguiente paso es encontrar los mecanismos, los materiales con los cuales construir dicho puente.

LA MISERIA DE LA BIOÉTICA

Dentro de las categorías actuales no existen criterios teóricos intra e interdisciplinarios para que las ciencias de la vida tengan capacidad para dialogar con la Cultura. A eso es a lo que llamo Miseria de la Bioética.

LA MISERIA DE LA BIOÉTICA

La Bioética como la venimos entendiendo, no sólo se reduce al intento de dar respuesta a los problemas planteados por la investigación biomédica y a la atención en salud, sino que aporta una luz sobre el misterio del ser del hombre dentro de su realidad cósmica e histórica.

Y es precisamente en este momento cuando yo quisiera plantear la siguiente tesis: dentro de las categorías actuales aún, no existen criterios teóricos intra e interdisciplinarios para que las ciencias de la vida tengan la capacidad para dialogar con la cultura. Es a esto a lo que llamo *la miseria de la Bioética*.

Considero que existe un inconveniente intra-disciplinario en las ciencias de la vida, que conlleva una precariedad interdisciplinaria que imposibilita abrir caminos de fundamentación teórica, es decir, que no existe una interpretación biológica de la cultura.

El primer obstáculo para un verdadero desarrollo intradisciplinario en las ciencias de la vida es su vocación profesionalizante. Las ciencias de la vida sucumben, contra todas las demás, a la tentación analítica por la especialización, atomizándose cada vez más hasta olvidarse de su objeto principal: la vida misma y el hombre como *Bios Theoreticos* en tanto que capacidad de asombro ante el misterio de la vida.

Los profesionales de la vida se encuentran en una insolvencia teórica abismal con respecto del valor supremo que fundamenta su praxis: la sacralidad, la trascendencia y el misterio de la vida.

Como consecuencia triste de este olvido, la vida humana se ha reducido a un objeto manipulable. En palabras de David Roy:

En nuestros días, se habla mucho de la fabricación del hombre. Todos quieren perfeccionar al hombre. Los especialistas como los biólogos, los genetistas, los médicos, los psicólogos, los sociólogos, todos aportan sus conocimientos con el fin de reconstruir, rehacer y, en parte, mejorar la estructura del ser humano. Así como lo dice Vance Packard: no hemos visto todavía lo que el hombre es capaz de hacer con el hombre.

Hemos perdido el *bios* de la Bioética.

Las ciencias de la vida se han tornado instrumentales como consecuencia de esa insolvencia teórica; el deber ser ha sido desplazado por un saber hacer; es decir, la Bioética se nos convirtió en un discurso ético-instrumentalista, en un saber operatorio.

Las condiciones actuales de la Bioética, que constituyen los aspectos particulares de desarrollo, en algunos casos, resultan paradójicamente contrarios a su destino futuro. A saber:

A. La escasa penetración que tiene el trabajo de las ciencias biológicas (Etología, Ecología, y las diferentes categorías aportadas por la Biología teórica) en las otras actividades de la cultura, en particular, las que se deducen de la ciencia y tecnología, y que constituyen el horizonte reciente de desarrollo.

B. La polarización del trabajo bioético hacia categorías de tipo fundamental, y elaboración de principios unilateralizados desde el trabajo

filosófico, totalmente disociados del saber biológico, perdiendo el horizonte del estudio de los problemas de la biosfera considerados como immanentes a estas ciencias biológicas.

Por lo demás, es radicalmente intolerable el intento de perpetuar desde estos saberes (filosófico, teológico, etc) su instancia legitimadora de los distintos saberes.

C. Otro de los factores que configuran la miseria de Bioética es el intento de caracterizar matices erigidas en principios, pero como base una opción técnico-instrumental.

D. Otro falacia fundamental es considerar el saber bioético como un discurso únicamente para especialistas, que no permean ni al sentido común ni constituyen fundamento para un *ethos* cultural; es decir, la Bioética se nos convirtió en un discurso esotérico, de unos aprendices de brujos, pero sin ninguna incidencia en nuestra sociedad.

E. La Bioética no ha tenido la capacidad de establecer una relación entre la naturaleza y las relaciones humanas. La carencia de una ecología humana indican una clara falencia de la relación del hombre con la naturaleza.

F. Existe otro lastre de la tradición occidental, que desde un logocentrismo biológico, ha pretendido categorizar la vida "in abstracto", e incluso a nivel científico, presumiendo haber determinado su misterio. 41

Después de todo esto, ¿es posible construir aquel puente entre las ciencias de la vida y la cultura? Pienso que sí es posible, y no solamente posible sino ineludible y urgente.

Necesitamos una Biología teórica que propicie una vocación disciplinaria en la que se defina en términos de actitud teórica, una toma de posición ante la vida como verdad en términos de admiración, contemplación y criticidad.

LA MISERIA DE LA BIOÉTICA

Las Ciencias de la vida se han tornado instrumentales como consecuencia de esa insolencia teórica: el deber ser ha sido desplazado por un saber hacer, es decir, la Bioética se nos convirtió en un discurso ético-instrumentalista, en un saber operatorio.

Una vez ganada esta actitud teórica, estamos en condiciones de abriarnos al diálogo con la naturaleza, con el valor de la ciencias en general. Esto requiere un verdadero trabajo interdisciplinario para lograr una visión del hombre integrado e incorporado a la vida, a la naturaleza, a la cultura.

La Bioética, como la venimos entendiendo, no sólo se reduce al intento de dar respuestas a los problemas planteados por la investigación biomédica y a la atención a la salud, sino que aporta una luz sobre el misterio del ser del hombre dentro de su realidad cósmica e histórica. En palabras de mi maestro: la Bioética podría convertirse en la humanización de la cultura, si y sólo si es capaz de salir de su miseria.

TEMA 7

El papel de la Bioética hoy

Dedicatoria y prólogo del libro Bioethics: Bridge to the Future, escrito de Rensselaer van Potter. Editorial Prentice-Hall, INC., Englewood Cliffs. New Jersey, 1971. Ps. vii-ix

Este libro está dedicado a la memoria de ALDO LEOPOLD, que anticipó la ampliación de la Ética hacia la Bioética.

La primera Ética trataba de las relaciones entre los individuos; un ejemplo de ella es el Decálogo de Moisés. Adiciones subsiguientes trataron de la relación entre los individuos y la sociedad. La regla áurea pretende integrar al individuo en la sociedad; la democracia integra la organización social al individuo.

No hay todavía una Ética que trate de la relación del hombre con la tierra y los animales y plantas que crecen sobre ella. La tierra, como las esclavas de Ulises, es todavía propiedad. La relación con la tierra es todavía economía estricta, que implica derechos, pero no obligaciones.

La extensión de la Ética a este tercer elemento del ambiente humano es, si yo interpreto correctamente la evidencia, una posibilidad evolutiva y una necesidad ecológica. Es el tercer paso en una secuencia. Ya se han dado los dos primeros pasos. Los pensadores individuales desde los días de Ezequiel e Isaías han afirmado todavía esta creencia. Considero la presente tendencia hacia la protección de la tierra como un estado embrionario de tal afirmación.



firma Diego Gracia que durante sus 25 años de vida, la Bioética se ha constituido en un espacio de debate racional, plural y crítico de los problemas morales surgidos entorno a la vida, el presente y su futuro, además de la calidad y su sentido.

La Bioética es el intento de analizar racionalmente los deberes que como individuos y como miembros de la comunidad humana tenemos para con nosotros mismos y para con todos los demás. Es así como la Bioética intenta analizar racionalmente un hecho primario de la vida humana que es la conciencia del deber o de la obligación. El gran problema que se presenta al decir que la Bioética es un debate racional, radica exactamente en lo que entendamos por racional, ¿hay una o muchas racionalidades?, ¿depende de sí misma o de presupuesto externos a ella?

Hoy día no se puede decir que exista una racionalidad pura, sino que toda racionalidad tiene presupuestos que al analizarlos ya no son racionales sino "razonables". La Bioética nació dentro de lo que se llama la racionalidad moderna. Racionalidad que distingue claramente las proposiciones naturales, que tienen carácter descriptivo, de aquellas otras no-naturales, de carácter evaluativo o axiológico. La filosofía moderna ha intentado dar contenido a estos juicios, desde Hume hasta Hare, pasando por Kant, Moore y Ross han dedicado sus reflexiones al análisis de la lógica del lenguaje moral. La Bioética nació en este medio y aceptó esta tesis; sin embargo, también aceptó otros puntos de vista, otras perspectivas, como las propias de las diferentes opciones religiosas o filosóficas. Esta característica marca una nueva tendencia de la Bioética, que además de ser una empresa racional es pluralista.

En la Bioética, como cualquier espacio de racionalidad humana, nadie puede aspirar a la verdad total, a la perspectiva total, que anule las otras opciones. Es lógico que en el interior de la Bioética se dé el pluralismo de enfoques y perspectivas.

El movimiento bioético se caracteriza por la enorme pluralidad de abordajes, de metodologías diversas, desde el principialismo, la casuística, la ética del cuidado, la ética de la responsabilidad, etc., o de credos religiosos muy distintos como los católicos y los musulmanes, etc.

El pluralismo moral no es posible sin aceptación del principio de la tolerancia. La naturaleza parece haber predispuesto al hombre no a la tolerancia sino a su contrario, la intolerancia. La intolerancia es un impulso natural del ser humano, casi un instinto irracional. La tolerancia es un

Se puede considerar una Ética como una manera de guía para enfrentar situaciones ecológicas muy nuevas o complicadas, o como un vehículo de reacciones diferidas, de manera que el paso de la conveniencia social no es perceptible para el individuo medio. Los instintos animales son maneras de guías para el individuo, de modo que puede enfrentar tales situaciones. Las éticas son posiblemente un género de instinto comunitario para la práctica.

habito racional y moral que todos debemos aprender. Intolerante se nace, en tanto que tolerante se hace. La tolerancia ha ido convirtiéndose, poco a poco (1689 John Locke publica *Carta sobre la tolerancia*), en un derecho humano, el llamado Derecho a la Libertad de Conciencia. Según este principio, toda persona tiene derecho a vivir de acuerdo con sus propias creencias religiosas y morales; nadie, ni el Estado, puede coaccionar a quien no sigue un determinado credo.

Una peculiaridad importante e irrenunciable de la razón es su capacidad de crítica. La razón tiene presupuestos, pero tiene también la capacidad de criticarlos. Por lo primero el debate racional es plural; por lo segundo, es crítico.

TEMA 8

Prólogo del libro *Bioethics: Bridge to the Future*.

PRÓLOGO

El intento de este libro es contribuir al futuro de la especie humana promoviendo la formación de una disciplina nueva, LA BIOÉTICA. Si hay "dos culturas" que aparecen incapaces de hablar la una con la otra — la ciencia y las humanidades — y si ello es parte de la razón por la que el futuro parece dudoso, entonces posiblemente, nosotros podríamos construir un "puente hacia el futuro" construyendo la Bioética como un puente entre las dos culturas.

Este libro no es tal puente; es tan sólo un argumento para que se construya tal puente. En el pasado la Ética se ha considerado como un apartado especial de las humanidades en un curso del Colegio Universitario de Artes Liberales. Se la ha enseñado, juntamente con la Lógica, la Ética y la Metalísica, como una rama de la Filosofía. La Ética constituye el estudio de los valores humanos, el carácter humano ideal, las morales, las acciones y fines en términos ampliamente históricos; pero sobre todo, la Ética implica acción, según las categorías morales. Lo que nosotros tenemos que considerar ahora es el hecho de que la Ética humana no puede separarse de una comprensión realista de la ecología en su

El legado de Potter

1971. BIOÉTICA PUENTE. *Bioethics: Bridge to the Future*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall, 1971.

Cont. Prólogo del libro *"Bioethics: Bridge to the Future"*, escrito de Rensselaer van Potter. Editorial Prentice-Hall, INC. Englewood Cliffs, New Jersey, 1971. Ps. vii-ix.

1988. BIOÉTICA GLOBAL. *Global Bioethics: Building on the Leopold Legacy*. East Lansing, MI: Michigan State University Press, 1988.

Cont. Prólogo y Prefacio del libro *"Global Bioethics: Building on the Leopold Legacy"*, escrito de Rensselaer van Potter. Editorial Michigan State University Press, Michigan, 1988. Ps. vii-xi.

1998. BIOÉTICA PROFUNDA. *Bioética Puente, Bioética Global y Bioética Profunda*. En: Cuadernos del Programa Regional de Bioética, Organización Panamericana de la Salud, Santiago de Chile, 1998.

Cont. Potter R. V. *Getting to the Year 2000: Can Global Bioethics Overcome Evolution's Fatal Flaw?* En: *Persp. Biol. Med.*, 94:89-98 (1990).



La figura de Rensselaer van Potter será inolvidable para los que nos dedicamos a la Bioética. Potter ha sido el precursor de un sueño que hoy cosecha sus frutos. Pero ha sido más que un precursor, toda su vida la ha dedicado a potenciar y abrir caminos para que la Bioética se incorpore a nuestras culturas, para que la Bioética se convierta en un proyecto de vida para todos y cada uno de los seres que habitamos el planeta.

Potter trazó una agenda de trabajo que va desde la intuición de creación de esta nueva ciencia hacia 1971, hasta plantear la posibilidad de mirar la Bioética como una disciplina sistémica o profunda hacia 1998.

más amplio sentido. Los valores éticos no se pueden separar de los hechos biológicos.

Tenemos gran necesidad de una ética de la tierra, de una ética de la vida salvaje, de una ética de la población, de una ética del consumo, de una ética urbana, de una ética internacional, de una ética geriátrica, etc. Todos estos problemas reclaman acciones que están basadas en valores y hechos biológicos. Todos ellos implican Bioética y la supervivencia del sistema ecológico es el test del sistema de valor. En esta perspectiva, la frase "supervivencia de lo más adecuado" es simplista y limitada.

Este libro es el producto secundario de treinta años de investigación sobre el cáncer, -años que podrían ser considerados como felices desde el punto de vista de la carrera, publicaciones, ascensos, recompensas y cotidiana satisfacción personal de la curiosidad intelectual, pero años que tienen que considerarse como fallidos respecto a la finalidad de eliminar del horizonte humano el tormento del cáncer. Se han hecho progresos en la prevención y curación del cáncer, pero se ha afirmado la convicción de que tenemos que contentarnos con pequeñas victorias, y no esperar el tipo de conquista que logramos frente a la poliomielitis.

Durante estos treinta años un creciente interés filosófico acerca del futuro, acerca del concepto de progreso humano, y acerca de la índole fundamental de desorden fue una constante para la unidad de mis actividades extra-académicas. La obsesión por el problema del cáncer constituye una explicación obvia de la digresión sobre estos problemas claramente relacionados. La motivación por hallar el "desorden ordenado" a nivel cósmico para explicar el "desorden" visto en los aspectos prácticos del problema del cáncer tiene que ser la causa subconsciente que se concretó en los diversos pensamientos que guiaron hacia este pequeño volumen.

Algunas publicaciones aisladas y diversos contactos personales deben

El plan completo de trabajo fue el siguiente:

1970-71. Potter acuña el término "Bioética" en dos interesantes escritos: *Bioethics, science of survival. Persp. Biol. Med.* 14:127-153 (1970) y en un libro titulado *Bioethics: a bridge to the future*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall (1971).

1988. Potter vuelve a darle una nueva visión a la Bioética escribiendo un libro llamado *Global Bioethics, Building on the Leopold Legacy*, donde insiste en retomar el legado de Leopold de crear una ética del planeta.

1998. Potter publica su último artículo *Bioética Puente, Bioética Global y Bioética Profunda* donde nos lanza a un nuevo reto: pensar la Bioética en términos sistémicos.

Hacia 1970, Potter inventó el neologismo llamado Bioética como un puente entre la ciencia biológica y la Ética; su intuición consistió en pensar que la supervivencia de gran parte de la especie humana, en una civilización decente y sustentable, dependía del desarrollo y del mantenimiento de un sistema ético. "Lo que me interesaba en ese entonces (comenta Potter), cuando tenía 51 años era el cuestionamiento del progreso y hacia dónde estaban llevando a la cultura occidental todos los avances materialistas propios de la ciencia y la tecnología. Expresé mis ideas de lo que, de acuerdo con mi punto de vista, se transformó en la misión de la Bioética: un intento de responder a la pregunta que encara la humanidad: ¿qué tipo de futuro tenemos por delante? Y, ¿tenemos alguna opción? Por consiguiente, la Bioética se transformó en una visión que exigía una disciplina que guiara a la humanidad a lo largo del 'puente hacia el futuro'".

En el año de 1988, Potter amplía la Bioética hacia otras disciplinas, no sólo la Bioética es puente entre la Biología y la Ética, sino es una ética global. "Tal sistema (la implementación de la Bioética puente) es la Bioética global, basada en intuiciones y razonamientos sustentados en el conocimiento empírico proveniente de todas las ciencias, pero en especial del conocimiento biológico... En la actualidad este sistema ético propuesto sigue siendo el núcleo de la Bioética puente con su extensión a la Bioética global, en la que la función de puente ha exigido la fusión de la Ética médica y la Ética medioambiental en una escala de nivel mundial para preservar la supervivencia humana".

La idea de una Bioética profunda, expresada por Potter a partir de 1998, fue expresada por primera vez por el prof. Peter Whitehouse de la Universidad de Cleveland, Ohio. El prof. Whitehouse tomó la idea de los avances en Biología evolutiva, en especial la idea del pensamiento sistémico y complejo que soporta los sistemas biológicos. La Bioética profunda pretende entender el planeta como grandes sistemas biológicos entrelazados e interdependientes, donde el centro ya no le corresponde al hombre como en épocas anteriores, sino a la vida misma, el hombre sólo es una pequeña hebra de la trama de la vida, parafraseando a Crapra. La

señalarse como piedras miliarias en el desarrollo de los entrelazados temas de este libro. Esos temas son:

- La relación entre orden y desorden.
- El concepto de conocimiento dañoso.
- El progreso humano y la supervivencia humana.
- La obligación frente al futuro.
- El control de la tecnología.
- La necesidad de esfuerzo interdisciplinario.

Aunque he estado siempre interesado en la Filosofía, solamente cuando leí el artículo, "Toward More -- Vivid Utopías" (Hacia más brillantes utopías) de Margaret Mead. (science, 126: 957-961, 1957) me sentí impelido a un esfuerzo bien definido fuera de mi disciplina. Margaret Mead ha escrito bien y extensamente y con impresionantes bibliografías sobre el tema general del presente libro. En 1957 emitió un llamamiento que hizo vibrar en mí una cuerda de respuesta: "... necesitamos en nuestras universidades cátedras sobre el futuro..." Yo organicé un grupo local de miembros de la Facultad como miembro; de un Seminario Interdisciplinar sobre el Futuro del Hombre, y poco después se me pidió ayuda a planear una conferencia para la Academia Americana de Artes y Ciencias (Hudson Hoagland y Ralph W. Burhoe, editores de la publicación "Evolución y Progreso del Hombre", Daedalus, 1961).

En aquella conferencia encontré a la doctora Mead, y fui aun más impresionado por ella. Por medio de Ralph Burhoe fui introducido al artículo de 1961 de Anthony F.C. Wallace, titulado "Revitalización Religiosa", posteriormente incluido en su libro: Religión; una visión Antropológica (1966). Wallace me llamó la atención sobre la idea de que tanto la religión como la ciencia intentan de maneras características distinguir orden y desorden mediante "un proceso de extremar la cantidad de organización en la matriz de la experiencia humana percibida". En 1962 El comité de Estudios Interdisciplinarios sobre el Futuro del Hombre fue un Comité oficial de Facultad en la Universidad de Wisconsin. Nosotros tuvimos el privilegio de dialogar con An-

tarea de los que nos dedicamos a la Bioética en el próximo milenio es, precisamente, desarrollar la agenda de esta nueva propuesta.

Termino con las frases siempre lúcidas de Potter: "A medida que llego al ocaso de mi experiencia siento que la Bioética Puente, la Bioética Profunda y la Bioética Global, han alcanzado el umbral de un nuevo día que va más allá de los que yo pudiera haber imaginado o desarrollado. Sin embargo, necesito recordarles el mensaje del año 1975 que enfatiza la humildad con responsabilidad como una Bioética básica que lógicamente sigue de una admisión de que los hechos probabilísticos, o en parte el azar, tienen consecuencias en los seres humanos y en los sistemas vivientes. La humildad es la consecuencia característica para seguir la afirmación 'puedo estar equivocado', y exige responsabilidad para aprender de la experiencia y del conocimiento disponible... En conclusión, les pido que piensen en la Bioética como una nueva ética científica que combina la humildad, la responsabilidad y la competencia, que es interdisciplinaria e intercultural, y que intensifica el sentido de la humanidad".

"Getting to the year 3000: can Global Bioethics overcome evolution's fatal flaw", escrito de Van Rensselaer Potter. en: *Perspectives in Biology and Medicine*, Vol 34 No 1, 1990. Ps. 89-97

Elwyn L. Simons has recently concluded his article on "Human Origins" with some somber afterthoughts about present tendencies that threaten our survival:

The extreme novelty of humans as the dominant force on this planet is as surprising as is our current rate of destruction of our own habitat and that of the earth's other life forms. This disregard is all the more striking since, in geological terms, our species has only recently departed from its "place in nature." The full implications of our derivation by the random processes of biological evolution in a mere 5 million to 7 million years from an animal much like a chimpanzee have yet to be incorporated in any manner into the fundamental beliefs or institutions of our own, or in fact, any society. In its very success, our species has raised grave problems that demand new kinds of solutions. Will we, by better understanding the processes that made us what we are, grow in capacity to solve the frightening problems of the future arising from our very selves? (1, p. 1350).

When Simons asks whether "better understanding the processes that made us what we are" will make us "grow in capacity to solve the frightening problems of the future arising from our very selves" (italics added), he issues a challenge that we cannot afford to ignore. The present article will suggest that evolution's fatal flaw, defined roughly as the biological predilection for short-term gain, is built into "our very selves" by the process of natural selection (see below). In other words, the fatal flaw is part of the process "that made us what we are" and hence the primary basis for the problems of the future foreseen by Simons. The vision of global bioethics is to further the development of a morality that will attempt to respond to the concerns of Simons and others who hope that their species will somehow lead to better understanding of the worldwide crisis humanity faces. It is questionable whether we now have either the understanding or the moral stature that is needed. It remains to be seen whether "global bioethics" can gain enough adherents to forestall the onrush of unthinking and self-centered economic activity. Our biological instinct for self-preservation and reproduction in the immediate present translates

thony Wallace, Don Price, Hohn R. Platt y otros. En 1964 la invitación a participar en un Simposio sobre Theilhard de Chardin hizo que yo examinara su obra más de cerca y viera su contribución como un intento de vadear el hiato entre la ciencia y la religión humanista.

Anteriores invitaciones a participar en simposios, a hablar o a escribir en el amplio campo de la ciencia y la sociedad me llevaron a la publicación por separado de nueve de los capítulos del presente volumen. Esos capítulos han sido ahora reunidos y dispuestos en lo que se espera que sea un orden lógico. Se les ha añadido un capítulo introductorio, un capítulo sobre orden y desorden en el pensamiento y la acción humana (capítulo 7), y dos capítulos finales.

Las discusiones en este libro sobre el concepto de conocimiento nocivo, la falacia de "más y mejor" y el problema de controlar la tecnología vieron la luz pública en 1962, pero pudieron hacer poco en las manos de un grupo muy restringido de lectores. Hoy, gracias a los esfuerzos de hombres como el congresista Emilio Daddario y el Senador Gaylord Nelson, la tecnología está recibiendo un escrutinio cuidadoso y se puede posiblemente reformar el ambiente.

Se ha reconocido la obligación por el futuro, y la necesidad de combinar la ciencia con los talentos de individuos interesados en las humanidades va encontrando atención con una legislación nueva que exige una Oficina para Evaluación de la Tecnología. La Fundación Nacional por la Ciencia está apoyando programas interdisciplinarios. Miles de estudiantes universitarios han comprendido súbitamente que el futuro está en peligro.

Cuando proyecté al principio este volumen pretendí preparar un nuevo capítulo titulado "El incierto futuro del hombre". En los últimos seis meses han aparecido tantos libros sobre este tema, que una presentación adicional de estadísticas para el año 2000 sería seguramente saltada por la mayor parte de los lectores. Sin embargo, quienes no

into short-term decisions as we interact with our cultural milieu. As Trosko has commented, "we, as human cybernetic machines², tend to behave in ways that are usually the result of the immediate or short-term feedback of information that allows us to feel the 'goodness' or 'badness' of our behavior. The longterm expected consequences of that behavior, if perceived at all . . . are only abstractions and are hard for many individuals to internalize" [2, p. 85]. The goal of global bioethics, as I see it, is to attempt to overcome evolution's fatal flaw by developing a morality that places long-range goals of human survival ahead of short-term economic gains that biological and cultural evolution have made preemptive. Unfortunately, as noted by Thomas Berry, a radical Roman Catholic theologian and cultural historian, "There is no sustained *religious* protest or *moral* judgment concerned with the industrial assault on the earth, the degradation of its life systems, or the threatened extinction of its most elaborate modes of life expression" [3, p. 15, italics added]. Berry concluded, "We cannot do without the traditional religions, but they cannot presently do what needs to be done. We need a new type of religious orientation... Whether in Asia or America or the South Sea islands, the earth is the larger context of survival." While Berry emphasized the crisis in religious terms, Manfred Stanley generalized on the crisis even further: "institutions prove irrelevant to population expectations-irrelevant in the sense that reforms to make them work according to their legitimating ideologies are beside the point." Whereas Berry noted a failure of religious or moral judgment, Stanley emphasized that we must not ignore the connection "between people's moral responses and what they assume to be true about the world and humankind's place in it" [4]. It is doubtful that existing institutions or individuals in general have an adequate notion of "what is true about the world and humankind's place in it." Global bioethics, according to my vision, calls for moral responses based on continually developing the best possible understanding of the world and humankind's place in it. As an evolving morality, global bioethics must proceed with humility, responsibility, and competence [5], explicitly directed toward the long-range Survival of the human species [6], and coupled with a genuine compassion for present populations in terms of the protection of human dignity (an umbrella term that covers all categories of human rights), voluntary control of human fertility, and the preservation and restoration of healthful environment. It should be noted that, not believing in evolution, currently existing religions cannot address the fatal flaw: they do not explicitly work for the long-term survival of the human species. Our future is not merely a matter of eliminating the threat of nuclear war.

The Fatal Flaw

It is generally understood that the goal, or, if one prefers, the result of evolution is to make the members of a species better and better adapted to their ambient environment. Successful reproduction of their kind and species survival have been considered the obvious outcome. The mechanism, of course, is the generation of diversity through mutation and recombination, which in turn leads to many unsuccessful genomes for each successful adaptation within the boundaries of the genome that defines the species. Meanwhile, the biotic environment is being altered by the products of diversity so that the formula for success is continually being rewritten. When sufficient alterations in the genome have accumulated and survived, a new "species" arises. Thus, at the time of the "Cambrian explosion" ultraviolet radiation must have been intense, mutations frequent, and the biotic environment changing (see below).

It was Theodosius Dobzhansky³ who, in contemplating the fact of almost inevitable species extinction, admirably articulated the view of evolutionists of the time when he wondered whether extinction is something built into the evolutionary process. He commented that "most biological species of the past have become extinct, without issue, and yet their evolution was controlled by natural selection. This is

han hecho ya así deberían leer: *Población, Recursos, Ambiente, Problemas en la Ecología Humana*, por Paul R. Ehrlich y Anne H. Ehrlich, y el *Tratado Ambiental* por Garret de Bell. Esta es una colección de más de 50 artículos o extractos previos, e incluye una extensa bibliografía ordenada según doce secciones.

Las bibliografías y referencias son importantes. Tengo gran respeto por un escrito que incluye referencias y me disgusta la técnica periodista en que el autor parece negar cualquier deuda con las fuentes que en su mayor parte simplemente transcribe. La bibliografía en el presente volumen es limitada pero he tratado de reconocer mis fuentes y ofrecer al lector la oportunidad para continuar leyendo de una manera organizada. No hay duda de que algunas ideas han sido separadas de sus fuentes y se han dado sin el conveniente crédito, pero nunca fue eso intencional y se corregirán cualesquiera ejemplos, tan pronto como sea posible, desde que sean notados.

Un pensamiento final interesante tiene que ver con la unicidad del pensamiento humano, tanto biológico como culturalmente. Un género de unicidad cultural se encuentra en la lista de libros u artículos que una persona ha leído. Cuanto más limitada sea la especialización, tanto más nuestra lista de libros se cruza con otros especialistas en el mismo campo hasta que se alcanza un momento en que somos tan especializados que solamente leemos lo que nosotros mismos escribimos. Pero si comenzamos a leer simultáneamente ciencia y humanidades, es improbable que haya alguien en el mundo que haya leído los mismos libros que nosotros tenemos. ¿No deberíamos, entonces, tratar de obtener algunas conclusiones de las lecturas que ningún otro ha hecho? O — si hay otros que hayan leído la misma colección, no deberíamos nosotros preguntar si ellos han derivado el mismo mensaje.

MADISON, WISCONSIN.

because selection promotes what is immediately useful, even if the change may be fatal in the long run" [7]. A striking example of the proposition is the evolution of the giant panda, a native of China, to a diet consisting exclusively of bamboo, over a period of some millions of years [8, 9]. When a whole bamboo forest temporarily disappears, many giant pandas have starved to death, and the pandas are now considered an endangered species [10]. Thus, not all extinctions can be attributed to cataclysmic changes in the environment, and the short-range adaptive phenomena deserve to be called the "fatal flaw" in evolution, as I have suggested [6]. Dobzhansky did not see it as a flaw, but merely as a fact. I regard it as a flaw, a fatal flaw, in the context of choosing a goal for humankind, namely, survival in acceptable form [6]. Eugene P. Odum in the epilogue to his recent book has strongly supported me in choosing this goal [11]. Once a goal has been set, ethics becomes a matter of defining behavior consistent with the goal, a proposition stoutly defended by Waddington [12]. It must be concluded that if the tendency noted by Dobzhansky is a "fatal flaw" only in terms of my idiosyncratic human judgment, in which a goal is chosen, then evolution per se has no goal. The assumption that evolution has a goal and that the goal is progress culminating in *Homo sapiens* and humankind's survival is just an assumption, as noted by Dobzhansky [7], by Gould [13], and by others.

It may be noted that Charles Darwin was apparently blissfully unaware of the fatal flaw, for, after concluding that no cataclysm could be worldwide, he ended his book by commenting "And as natural selection works solely by and for the good of each being, all corporeal and mental endowments will tend to progress towards perfection" [14, p. 243]. In contrast, Dobzhansky commented that "No biological law can be relied upon to insure that our species will continue to prosper, or indeed that it will continue to exist" and "Perhaps no other *problem of science* is more challenging than the understanding of the biological and cultural evolutions of mankind in their interactions" [7; italics added]. If the survival of the human species is a widely accepted goal, then the "problem of science" becomes an ethical problem of what we ought to do to discover the appropriate course of action. This is my answer to the question posed by Professor Simons. I have concluded that the search involves more than ethics, historically defined, and have proposed that the search be called bioethics [6, 15]. While there are many aspects of cultural evolution that have led to short-term behavior without regard for the long-term consequences, I regard uncontrolled human fertility as one feature among many that needs our attention. We need to ask whether traditional ethical precepts can evolve to a bioethical conclusion that will contribute to human survival without diminishing human dignity. A highly controversial issue is whether the "right to choose" pregnancy termination by voluntary abortion or to prevent pregnancy by the use of artificial contraception or by voluntary sterilization is more supportive of human dignity than the imposed religious or legal barriers to any of these practices [16]. Lester Brown, a leader in developing the concept of a "sustainable society" (i.e., human survival) has stated that "achieving a stationary population will be painfully difficult if contraceptive services are not backed by legal abortion" [17, p. 154].

The Burgess Shale

The proposition elaborated by Dobzhansky [7], that extinction is the fate of most species, has recently been given further support by the work of H. B. Whittington and students on the fossils found in the Burgess Shale, a small limestone quarry in British Columbia in the Canadian Rockies 8,000 feet above sea level [18]. The studies have been further described by Stephen Jay Gould in a book called *Wonderful Life* [13]. Morris described the evolution associated with the "Cambrian explosion" as "contingent upon random extinctions" [18]. Nevertheless, he asked, among other questions, "What triggers and constraints underlay and channeled these adaptive

Prólogo y prefacio del libro *Global Bioethics: building on the Leopold Legacy*, escrito de Van Rensselaer Potter. Editorial Michigan State University Press. Michigan, 1988.
Ps. vii-xv

FOREWORD

IDEAS HAVE A LIFE AND POWER of their own. An idea can shape or reshape the ways in which we understand and experience reality. Encountering a fruitful idea, we say, Ah-ha! and see the world anew and cannot imagine it otherwise. The ideas that shape our vision of ourselves and our reality structure the very taken-for-granted character of everyday life. The same at times happens with new words. A new word often allows us to name elements of reality in a way that conveys new control over our cultural environment. It is often not the precision of a word that is the source of its power and usefulness. In fact, it is often the imprecision, the lack of clarity, that allows us to name and bring together at one time many areas of interest. An apt word can assemble a rich set of images and meanings and thus help us to see relations between elements of reality that were previously separated in our vision and thought of only as disparate. Such a word has a fertile or strategic ambiguity. This has been the case with "bioethics."

In the 1960s there was a growing concern to understand and master our rapidly developing sciences and technologies. The aspiration to value free science was being recognized as not only vain but misleading. It was appreciated that science and technology don't just spring from a culture but influence and have their full meaning within a culture as well. But the sciences and technologies appeared severed from their ancient links with the humanities, from the traditional aspiration to understand all human powers within the concerns of central human goals and ambitions. Hence, the 1960s were marked

radiations?" While at no point does it appear that either Morris or Gould has mentioned Dobzhansky or his suggestion that extinction occurs "because selection promotes what is immediately useful, even if the change may be fatal in the long run" [7], both men have made relevant comments. Thus Morris argued "that the observed diversity is a consequence of occupation of an effectively vacant ecology" [sic] and that "an evolutionary genealogy ... arises because random extinctions allow the contingent occupation of vacated ecospace." At greater length, Gould discusses "The Two Great Problems of the Burgess Shale" [13, pp. 227-239]. In his view, the first problem is how could the vast disparity of species have arisen so quickly, and the second is "if modern life is a product of the Burgess decimation [i.e., mass extinctions] what aspects of anatomy, what attributes of function, what environmental changes, set the pattern of who would win and who would lose?" [13].

The mass extinctions of the fauna in the Burgess Shale have a bearing on the concept of the fatal flaw in considering the future of the human species: Is the answer to Gould's question of "what set the pattern of who would win and who would lose?" to be found in Dobzhansky's explanation that extinction occurs because selection promotes what is immediately useful, even if the change may be fatal in the long run? And is the human species, emerging after 530 million years from the time of the Burgess fauna, equally subject to the Dobzhansky rule, especially since cultural evolution has not overcome the preference for what is immediately useful?

Gould is very defensive about the way the rest of the scientific world ignores or neglects his favorite subject. "In no other way but this false ordering of status among the sciences can I understand the curious phenomenon ... that the Burgess revision has been so little noticed by the public in general and also by scientists in other disciplines." While he asks "what attributes of function, what environmental changes ...?" it is clear that he is as neglectful of the concept of essential metabolites in the overall framework of comparative nutritional requirements, itself a neglected field, as biochemists and enzyme physiologists are neglectful of paleontology. Like the seven blind men and the elephant, we all tend to picture the problem according to our own discipline. The problem of the Burgess Shale is the same problem articulated by Dobzhansky; the detailed individual scenarios call for multidisciplinary probes.

Essential Metabolites

When Potter and Heidelberger elaborated the concept of "alternative metabolic pathways" in 1950 they opened their paper with the statement "One of the most important developments in modern biology is the concept of 'essential metabolites' [19]. Forty years later their quotation from B. C. J. G. Knight deserves to be repeated.

The substances which an organism takes from its nutrients are used as material for building up the new cells. These cells carry out a complex interwoven series of processes, which is the life of those cells, and consists in taking compounds from the environment and synthesizing other compounds to make new cells. The extent and rate of multiplication of new cells will depend on the efficiency with which the processes of construction are carried out. This efficiency (here used in the general and not only thermodynamic sense) will clearly depend partly on the availability of the materials of construction. This will in turn depend upon the rates of utilization and synthesis of the various materials of the enzyme systems whose continued functioning is the life of the cells. The fundamental biochemical processes of cell life—the essential metabolism of the cells form the cardinal feature, and certain of these processes are common to the widest variety of cell. Where organisms may differ, however, is in the means whereby the materials for these processes are ac-

in the history of science by a concerted effort to understand the development of the sciences within their cultural and historical context. The relation of the humanities to science and technology became, at least theoretically, more nuanced with the publication of books such as Thomas Kuhn's *The Structure of Scientific Revolutions*.

Within the technologies there was a beginning appreciation that education in the values that direct a technology should be integral to the training of a good technologist. Technologies and applied sciences, after all, are robustly goal-directed. They are shaped by non-epistemic goals, goals that have to do with the structuring or reshaping of reality and the costs involved in such undertakings. In a technology or applied science, one does not seek to know a thing truly for its own sake but because of its usefulness toward achieving other goals. This is particularly true in medicine. One investigates anatomy, physiology, bacteriology, immunology, and so forth within medicine, not primarily to know truly but to intervene effectively, in order to preserve or restore health and to alleviate pain, distress, and suffering. But concepts of health and disease, of pain and suffering, are subtly contoured by cultures and their understandings of human well-being.

Moreover, when applied sciences or technologies are as expensive and as intrusive as those of medicine, questions of proper procedures for individual and societal choice and authorization become central.

Such, in fact, has been recognized to be the case. By the close of the 1960s, there was an interest in understanding the values and images of human well-being that underlie the practices of medicine, nursing, and allied health sciences. There was already a realization that, in the future, we will be able to engage in genetic engineering and develop technologies with radically new implications. Thus, the focus was also on the basic biomedical sciences, which would or could in the end lead to developments that would change medicine and ourselves. The old terms-

quired. But here a sharp metaphysical distinction into "acquired from the environment" or "synthesized by the cell" is not possible. For it is clear that a certain rate of synthesis might be too slow to yield a required rate. Effectively then the cell would depend upon an external source of supply, to a degree which would be relative to the rate of synthesis of this substance. Hence a given substance, required as a component of one of the essential metabolic processes, might appear in three different roles as a component of the nutrients. It might appear: (1) as an "essential" nutrient, when its rate of synthesis by the cell was so slow as to be insignificant; (2) as a growth stimulant, when its rate of synthesis was somewhat faster but still slow enough to be a limiting factor; or (3) as a substance not required at all for nutrition, because the cell could synthesize it so fast that it was not a limiting factor in growth. It is the metabolic process which is the essential thing and the compounds used in carrying it out are essential metabolites, i.e. the substrates used for the process, or the substance which forms parts (prosthetic groups, etc.) of the enzyme systems which carry out these essential reactions. [20]

Knight commented that "For reasons which may be at bottom evolutionary microorganisms as a whole display the very widest variety of nutritional requirements", and the final sentence in his epilogue reads "such studies with microorganisms are of the widest value since the findings, reflecting the underlying unity of all biochemistry, will have application in all biological fields" [20].

Species differ widely in their nutritive requirements and their ability to construct the essential metabolites from simpler compounds. Some of the losers among the Burgess fauna may have become extinct when their specialized nutrient requirements could no longer be met. Similarly, the human species could be decimated by its failure to recognize the essential environmental conditions for continued existence.

The concept of essential metabolites was independently recognized by Horowitz, who noted that "The universal distribution among living forms of certain classes of compounds-viz., the amino acids, nucleotides and probably the B vitamins-identifies them as essential ingredients of living matter" [21]. He presented a hypothesis in detail and summarized it by proposing

that the first living entity was a completely heterotrophic unit, reproducing itself at the expense of prefabricated organic molecules in its environment. A depletion of the environment resulted until a point was reached where the supply of specific substrates limited further multiplication. By a process of mutation a means was eventually discovered for utilizing other available substances. With this event the evolution of biosyntheses began. The conditions necessary for the operation of the mechanism ceased to exist with the ultimate destruction of the organic environment. [21]

Here it may be noted that, as the environment changed from a primitive nutrient medium of essential metabolites, it became an environment in which organisms survived by ingesting other organisms that frequently were specialized in general or in highly specific ways. Thus antelopes were herbivores, eating only a range of plants, while wolves were carnivores, eating a rather narrow range of available prey. Over many millennia rats and humankind survived as omnivores, eating all manner of plant and animal life for nutrition. But some species, like the panda, became the victims of their specialized eating habits, as noted earlier [8, 9]. Instead of thinking of nutrition in terms of free essential organic molecules in the environment, as in the Horowitz model, we must now think mainly of organisms consuming other forms of life to obtain their essential metabolites. Did little *Pikaia* of the Burgess Shale [13]

medical ethics or nursing ethics appeared too narrow or parochial to identify this wide-ranging cluster of interests and concerns. Even the term "biomedical ethics" appeared too narrow. In the midst of all this, in 1971, as the first centers for bioethics were being formed, Van Rensselaer Potter published *Bioethics: Bridge to the Future*. The term brought together a wide range of interests. It was like a nidus dropped in a supersaturated solution. At once, a whole range of concerns crystallized. The word "bioethics" did brilliant service in bringing together a wide cluster of important cultural concerns. The term was profoundly heuristic.

But Professor Potter had intended to address an even broader range of issues. Using the term bioethics, he wanted to investigate concerns that focused on the issue of human survival. He hoped to bring attention to the ways in which science can help better formulate our understanding of humanity and the world. He suggested ways in which we could conduct ourselves more responsibly and better achieve a life of quality. Bioethics was proposed by Potter as a term for a discipline that could provide a science for survival and aid in securing happier and more productive lives. Potter's focus remains broader than that of most contemporary bioethicists. He offers a global perspective with an ecological focus on how we as humans will guide our adaptation to our environment.

Since the publication of his book, *Bioethics*, the term has developed its own history with little regard to Potter's original intentions. It is like a child who left home, renouncing the disciplines of its father but with substantial talents and capacities of its own. It has willfully chartered its own successful but narrower destiny by spawning an *Encyclopedia of Bioethics* and a large number of volumes and essays on bioethics, as well as a journal by that name. For the most part, the term bioethics has been taken to identify the disciplined analysis of the moral and conceptual assumptions of medicine, the biomedical sciences, and the allied health professions. As such, it has become a

maintain a broad range of organisms eaten so that it could become the omnivorous ancestor of modern rat and human?

Winners and Losers

When Gould tries to define the explanation of "who would win and who would lose," he can do no more than to conclude that some species were luckier than others. When the only tool is anatomy, the concept of the fatal flaw simply cannot be generated. Thus, while "Ideally we should be able to 'visit' the Burgess fauna in its heyday, while all its elements flourished, and pick out the species destined for success by some definable, structural advantage." Why ideally, that is, why only structural? Gould continues, "But if we face the Burgess fauna honestly we must admit that we have no evidence whatsoever—not a shred—that losers in the great decimation were systematically inferior in adaptive design to those that survived." What he clearly means is no anatomical evidence, but he calls on no other disciplines for help in his speculation. Thus, he concludes, "All that we have learned from the finest and most detailed anatomical monographs in twentieth century paleontology portrays the Burgess losers as adequately specialized and eminently capable" [13, p. 239]. The consensus goes even further than to concede the limitations of retrospective observation. Gould quite evidently agrees with the investigators that observers, had they been on the spot, would have been equally incapable of predicting the outcome. Gould commented:

Thus all three architects of the Burgess revision began with the conventional view that winners conquered by dint of Superior adaptation, but eventually concluded that we have no evidence at all to link success with predictably better design. On the contrary, all three developed a strong intuition that Burgess observers would not have been able to pick the winners. The Burgess decimation may have been a true lottery [13, p. 238]. The idea of decimation as a lottery converts the new iconography of the Burgess Shale into a radical view about the pathways of life and the nature of history. I dedicate this book to exploring the consequences of this view. [13, p. 239]

It is the purpose of this article to suggest that the thrust of the Burgess revision and of *Wonderful Life* falls far short of the resources available to biological science. In particular, I have mentioned Knight [20] and Horowitz [21]. One must hope that Gould's genius at exposition will embrace these resources in his next opus. It is my purpose to enlarge what seems to be Gould's present view and to suggest who were the winners and who were the losers in the "Cambrian explosion" during which so many of the Burgess fauna were the "losers." It is suggested that the answer lies in the concept of the fatal flaw in evolutionary adaptation: the losers were the species that were not capable of adapting in the course of time to their future environment; the losers were the highly specialized species who came closest to being perfectly adapted to their ambient environment. In the short run the mutant that was better adapted could replace the members of the same species that were unchanged. Subsequently, the contingencies of environmental change left the mutant descendants "out on a limb," and they became extinct; their perfect adaptation was fatal in the long run, as Dobzhansky described it [7]. Witness the giant panda "hooked" on bamboo [8, 9]. Every endangered species is trying to cope with a vast collection of unfavorable "contingencies" in a world that has been vastly altered by *Homo sapiens*. Back at the time of the Burgess fauna perhaps the losers were the best adapted, while the winners were muddling through, with many mutants, some of whom were able to survive each change in the environment and accumulate further mutations to become new species until *Homo sapiens*, with the most perfect adaptation of all (the ability to change the environment to meet its own selfish needs), could arise.

special area of philosophy or ethics, even though all of its practitioners have not been formally trained in either area. The field of bioethics has succeeded in identifying the need of the sciences and arts of health care for the humanities. The field has also given the humanities -philosophy and ethics in particular- an opportunity to discharge one of the traditional obligations of the liberal arts: to protect our freedom as persons by helping us to understand our condition and circumstances better. In all of this, the more general meaning of Potter's term has been overshadowed by the great success it has had in bringing issues together for examination in the area of health care.

In this volume Potter is reminding us once more of the more general promise of the term "bioethics." He is again recalling us to the concerns of his 1971 publication: we must reflect on the values ingre-dient in our relationship to nature if we are to secure our continued survival in a way that will accord with our views of our own well-being. In the future, we will be able explicitly to control the adaptation of our species to the world. Our expanding scientific and technological base allows us to change not only the character of our environment but the character of our human nature as well. We have been changing the character of the earth at least since the development of agriculture. We have altered ourselves through immunizations, which allow more children to grow to reproductive age and more people to live together in crowded cities. We have orchestrated our human nature through contraception and sterilization, which allow us willfully to direct our reproduction. In the future, however distant, adaptation will surely take place through our ever more fundamental and self-conscious shaping and reshaping of our human nature. Even the very modest short-term promises of genetic engineering suggest a long-term future in which we will make ourselves the objects of our own manipulations. The moral and public policy challenge now confronts us of understanding what we should do when and why, and who has the authority to decide.

Conclusion

It is my thesis here that in pursuing perfect adaptation the evolutionary process has built into each member of the human species an instinct for short-term gains so strong that no prescient individual, committee, religion, or private organization has so far been able to conceive or effect a cultural milieu that could adequately balance the short-term instincts of human individuals with the long-range needs of the species. The goal of global bioethics is to recruit "true believers" who can see the need for future as well as currently oriented cultural change, and who can influence governments, locally and globally, to achieve adequate voluntary control of human fertility, the protection of other forms of human dignity, and the preservation and restoration of the natural environment. These are the minimal requirements for what I have described as acceptable survival, in contrast to mere miserable survival [6]. The goal of acceptable survival is what university graduates should be promoting but are not because our culture has been unable to overcome the fatal flaw. The malignant expansion of the "most perfectly adapted species" may in the long run foil any effort to overcome the fatal flaw.

REFERENCES

1. SIMONS, E. L. Human origins. *Science* 245:1343-1350, 1989.
2. TROSKO, J. E. Scientific views of human nature: implications for the ethics of technological intervention. In *The Challenge of Biomedicine*, vol. 1, *Studies in Science and Culture*, edited by D. H. BROCK. Newark: Univ. Delaware Press, 1984.
3. BERRY, T. Economics: its effects on the life system of the world. In *Thomas Berry and the New Cosmology*, edited by A. LONERGAN and C. RICHARDS. Mystic, Conn.: Twenty-third Publications, 1987.
4. STANLEY, M. *The Technological Conscience: Survival and Dignity in an Age of Expertise*. Phoenix ed. Chicago: Univ. Chicago Press, 1981.
5. POTTER, V. R. A bioethic for oncologists: presidential address. *Cancer Res.* 35:2297-2306, 1975.
6. POTTER, V. R. *Global Bioethics: Building on the Leopold Legacy*. East Lansing: Michigan State Univ. Press, 1988.
7. DOBZHANSKY, T. Evolution at work. *Science* 127:1091-1098, 1958.
8. O'BRIEN, S. J. The ancestry of the giant panda. *Sci. Am.* 257(11):102-107, 1987.
9. GOULD, S. J. *The Panda's Thumb: More Reflections in Natural History*. New York: Norton, 1982.
10. ROBERTS, L. When the bamboo blooms. *Science* 241:531, 1988.
11. ODUM, E. P. *Ecology and Our Endangered Life Support Systems*. Sunderland, Mass.: Sinauer, 1989.
12. WADDINGTON, C. H. *The Ethical Animal*. Chicago: Univ. Chicago Press, 1967.
13. GOULD, S. J. *Wonderful Life: The Burgess Shale and the Nature of History*. New York: Norton, 1989.
14. DARWIN, C. *The Origin of species by Means of natural Selection*, 3d ed. London: John Murray, 1859.

Global Bioethics: Building on the Leopold Legacy provides us with a particular land ethic for one of the most important areas of public policy discussion. But more generally, Potter shows again why the term bioethics can usefully sustain his original broader intent. Within the compass of bioethics broadly construed, we will need to understand what kinds of values concerning the environment impose what kinds of obligations. Given the long history of species extinction, need we be concerned with the survival of all species or only some species, and if some, which? In attempting to protect the environment, we must choose among ways in which we can conceive of an ideal preservation of nature. Must we in the end preserve nature as one would develop and manicure a park? Is it possible at all to imagine maintaining any or many large tracts of land in their "natural" state, unaltered or untouched by man? Does one "maintain" indigenous humans living a traditional life as a part of the original ecological balance? To choose among these possibilities is to choose among different visions of man's relationship to nature and among different visions of the value and importance of nature. As Potter points out, such choices will themselves depend on particular population policies. In all of this, we will need to ask whether anyone or any government has the authority to select a particular vision or set of visions and impose it uniformly on the world. Here, questions concerning the character or limits of human individual and communal authority rise to challenge us. And if we can identify the proper goals to be pursued and have the authority to pursue them, are they best pursued under governmental or private auspices?

Potter makes a rich and important contribution to the kinds of discussions and explorations we will need to undertake. The scope of bioethics is as encompassing as he suspected in 1971 and larger than most have acknowledged. Whether or not one agrees with the particular vision Potter gives us, one will need to acknowledge that the genre of issues he addresses is inescapable. As with his

15. POTTER, V. R. *Bioethics, Bridge to the Future*. Englewood Cliffs, N.J.: PrenticeHall, 1971.
16. HARRISON, B. W. *Our Right to Choose: Toward a New Ethic of abortion*. Boston: Beacon, 1983.
17. BROWN, L. R. *Building a Sustainable Society*. New York: Norton, 1981.
18. CONWAY MORRIS, S. Burgess Shale faunas and the Cambrian explosion. *Science* 246:339-346, 1989.
19. POTTER, V. R., and HEIDELBERGER, C. Alternative metabolic pathways. *Physiol. Rev.* 30:487-511, 1950.
20. KNIGHT, B. C. J. G. Growth factors in microbiology: some wider aspects of nutritional studies with micro-organisms. *Vitam. Horm.* 3:105-228, 1945.
21. HOROWITZ, N. H. On the Evolution of Biochemical Syntheses. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA* 31:153-157, 1945.

Notas

1. James B. Duke Professor of Anthropology and Anatomy; Director, Duke University Center for the Study of Primate Biology and History, Durham, N.C. 27705.
2. In *Bioethics, Bridge to the Future*, Potter qualified the concept of "cybernetic machines" to note that there is a significant amount of built-in disorders. See al' Potteir, Probabilistic aspects of the human cybernetic machine, *Perspect. Biol. Metl.* 17:164-183, 1974.
3. Dobzhansky served as president, in the course of time, of four different scientific societies: the Genetics Society, Society of Naturalists, Society for the Study of Evolution, and Society for Zoology.
4. Professor Gould, in a personnel communication (Dec. 14, 1989), commented that the disappearance of a bamboo forest by simultaneous flowering was not a problem for the pandas when their range was vastly greeters taken at present and contained half a dozen.

ACTIVIDADES

INVESTIGUE

- a) ¿Son incompatibles las posturas de Potter y de Hellegers en relación con la misión de la Bioética?
- b) ¿Cuál es el papel que debe cumplir la Bioética en nuestros hospitales, centros de salud, y en última en la construcción de la sociedad?
- c) ¿Qué opina que sea la sociedad la que deba cuestiones relacionadas con problemas de salud, con dilemas naturales como el aborto, la eutanasia, la clonación, etc?
- d) Enumere los avances tecnológicos que le han ayudado en el desarrollo de su carrera en los últimos 20 años.

original contribution of the term bioethics, he is again making a contribution that reaches beyond the particularity of his statement to a general philosophical and moral challenge that we will all need to confront.

-H. TRISTRAM ENGELHARDT, JR.
Center for Ethics, Medicine, and
Public Issues Houston, Texas

PREFACE

TODAY WE CAN no longer write about the ethics for human survival without reference to our intellectual ancestors. There is little doubt that Aldo Leopold was one of those ancestors. With his name cited in 27 of 96 articles in the first eighteen issues of the journal, Environmental Ethics, he strongly influenced the development of what we shall describe as ecological bioethics. His book, A Sand County Almanac, contains no bibliography, and the original paper entitled "The Conservation Ethic," published in The Journal of Forestry, 1 also contained no bibliography. When this essay was revised and enlarged for inclusion in the Almanac as "The Land Ethic," no references had been added. As the first person to couple and define the words "land" and "ethic" in ecological terms, Leopold was unquestionably the first bioethicist; he was first to envision a new ethical basis for human conduct, first to develop an ecological ethic (which he called the land ethic), and first to explain clearly why it is needed. In these respects, he had no need of, and no avenue of approach that acknowledged, a progenitor.

We who follow Aldo Leopold are obligated to note not only his pioneering efforts but also the publications of the new breed of concerned biologists, ecologists, and people of many disciplines who are concerned with the problem of acceptable survival for the human species. The issue, in plain English, is "What We Must Do," to use the title of a 1969 article by John Platt, published in Science.² Others who must be recognized in the development of ecological bioethics are Rachel Carson, Lewis Mumford, Eugene P. Odum, Garrett Hardin, Paul Ehrlich, Barry

- e) ¿Qué entiende por secularización de la sociedad?
- f) ¿Por qué se dice que en Latinoamérica el principal problema bioético es el de justicia sanitaria?
- g) Defina: interdisciplinariedad, aconfesionalidad, pluralidad, secularización, ética, moral, religión, consenso.
- h) Investigue, pregunte a 5 colegas de la institución donde trabaja qué entiende por Bioética y cuál es su importancia.
- i) Investigue: ¿hay comités de ética en los hospitales de su región? Describa su función, sus integrantes y su forma de proceder.

LECTURAS PARA REFLEXIONAR

INTRODUCCIÓN

Para su sorpresa, el término (Bioética) se enraizó y la disciplina en el curso de dos décadas conoció un desarrollo triunfal. Pero la Bioética que se afirmó sólo respondió en parte a sus expectativas. Mientras que el debate se focalizó en las temáticas médicas. La Bioética pareció una respuesta al difundido desafecto hacia la ciencia médica. A la nueva disciplina se le atribuyó un rol de prevenir reacciones violentas hacia la Medicina y la Bioética. La mayor preocupación era la de mantener el empleo de la Medicina dentro de los límites éticos; la Bioética empezó a ser relacionada con problemas de aborto, eutanasia, fecundación *in vitro*, donación de órganos de seres vivos y de transplantes.

Para muchos hablar de Bioética significaba exclusivamente preguntarse hasta qué punto impulsar las opciones médicas que son técnicamente posibles y pedir el consentimiento informado a los pacientes y a los sujetos experimentales. Preocupaciones indudablemente legítimas; pero el horizonte más extenso dentro del cual Potter había originalmente pensado la Bioética venía restringida dentro de la perspectiva médica.

Potter proponía considerar seriamente el hecho que la Ética humana no puede separarse de una comprensión realista de la Ecología en el significado más amplio. Los valores Éticos no se pueden separar de los hechos biológicos.

Potter V.R. *Bioética Puente Bioética Global y Bioética Profunda*, En: Cuadernos del Programa Regional de Bioética, No 7. Organización Panamericana de la Salud.

Companioner, Lester R. Brown, Richard Falk, and Paul Shepard.

But there are many others who cannot be cited in the present account. Fortunately, a 1985 book entitled *Deep Ecology* (utilizing the phrase coined by Arne Naess in 1973), which traces the basic concepts back to Aldo Leopold, attempted to cite just about all the relevant views and to quote them at length. The authors define deep ecology as an attempt "to articulate a comprehensive religious and philosophical worldview" that "goes beyond a limited piecemeal shallow approach to environmental problem" (Devall and Sessions, 65). Thus, the phrase deep ecology can be understood as essentially synonymous with what I would call "bioethical ecology," but the present work insists that bioethical medicine is a necessary component of the deep ecology effort to ask what kind of a society would be best for maintaining a particular ecosystem. The myriad questions raised by modern medical technology are not discussed by the authors of *Deep Ecology*, but their effort is an excellent complement to the present effort to develop a global bioethic that deals with the medical dilemmas.

A recent annotated bibliography by Mary Anglemeyer and Eleanor R. Seagraves contains 857 entries that pertain to attitudes and values relevant to *The Natural Environment*. They cannot all be cited in the pages to follow, but where a source is recognized it will be cited.

I am indebted to the University of Chicago Press for permission to reproduce most of my article from *Perspectives in Biology and Medicine* (Winter 1987) entitled "Two Kinds of Bioethics: Aldo Leopold's Land Ethic Revisited", to the University of Wisconsin Press for permission to quote from Aldo Leopold. *His Life and Work* (1988) by Curt Meine, and to Curt Meine for providing me with helpful pages from his manuscript prior to its publication; to the Oxford University Press for permission to quote from *A Sand Country Almanac Commemorative*

LECTURAS PARA REFLEXIONAR

Texto 1

(La Bioética) no es una Ética particular, ni menos una Ética profesional; sino un nuevo modo de ver o enfocar los problemas éticos, el propio de nuestras sociedades en las postrimerías del segundo milenio. Hace algo menos de un siglo, en plena guerra fría entre Este y Oeste, los problemas éticos, cualesquiera que fueran, acababan desembocando en cuestiones de Ética social, y a postre en la toma de posición entre liberalismo y socialismo. Hoy las cosas han cambiado, y la gran confrontación no es ésta, sino otra que parece ser aún más grave, la dialéctica Norte-Sur, el problema de la vida y del futuro de la vida. Quizá por eso todas las cuestiones, por ajenas que parezcan, acaban siempre convirtiéndose en problemas bioéticos. Hace años escribí que la Bioética es, por ello, la Ética civil de nuestras sociedades en los albores del siglo XXI. La Ética de estas décadas será Bioética o, en caso contrario, no será nada.

Gracia D., *Problemas éticos en Medicina*, En: *Cuestiones Morales*, Vol. 12 *Enciclopedia Iberoamericana de Filosofía*. Edit. Trotta, Madrid, 1996.

COMENTARIO A LAS LECTURAS

Texto 1

En el texto se expresa la preclusión de que la Medicina se salga de los parámetros éticos. Mencione algunos casos que Ud. conozca, en los cuales la Medicina no cumpla con los mínimos éticos exigidos por la sociedad.

Texto 2

a) ¿Qué entiende por Ética civil? ¿Cómo se puede construir una Ética civil? ¿Por qué se dice que los países en vías de desarrollo no poseen una Ética civil?

b) ¿Cuáles son los problemas prioritarios que se presentan entre el Norte y el Sur, o entre los países desarrollados y los del tercer y, hasta cuarto mundo?

BIBLIOGRAFÍA

Edition by Aldo Leopold and from The Foundations of Bioethics (1986) by H. Tristram Engelhardt, Jr.; to Rochelle N. Shain for permission to quote at length from sections of Fertility Control, which she edited with Carl J. Pauerstein; to the American Association for Cancer Research for permission to reproduce figure 3 from my article in Cancer Research and to Nina Leopold Bradley and Charles Bradley for their invitation to participate in the 1987 Summer Seminar Series held outdoors in the dooryard of the Leopold "Shack," and to present a lecture on Leopold's Neglected Legacy, here reproduced in part in chapter 1.

Especially appreciated is the accurate typing of the manuscript by Marv Jo Markham, and the critical editing by Ellen Link of the Michigan State University Press. I also thank my daughter, Karin Potter Simon, and Professor James E. Trosko for helpful suggestions.

Aldo Leopold criticized academic professors and their specializations and commented, using a musical metaphor, that all scientists "are restrained by an ironbound taboo which decrees that the construction of instruments is the domain of science, while the detection of harmony is the domain of poets." There is much evidence that he preferred to advocate his intuitive ideas by means of poetic prose rather than by tables or charts. He had as much need for a bibliography as would a poem by T. S. Eliot or W. H. Auden, or a symphony by Mozart. Fifty years later, we cannot rest the case on poetry alone; but I urge the reader to return to A Sand County Almanac and savor the romantic as well as the philosophic passages in that memorable volume.

1. Aldo Leopold, "The Conservation Ethic," *Journal of Forestry* 31 (1933): 634-43.

2. John Platt, "What We Must Do," *Science* 166 (1969): 1115-21.

3. Bill Devall and George Sessions, *Deep Ecology* (Salt Lake City: Peregrine Smith Books, 1985). Excellent coverage of past books and articles. Unfortunately lacks author or subject indexes.

4. Mary Anglemeyer and Eleanor R. Seagraves, *The Natural Environment. An Annotated Bibliography on Attitudes and Values*

Potter, V.R.: *Bioethics: Bridge to the Future*. Englewood. Cliffs (N.J.) 1971.

Reich, W.T.: "Bioethics": Its Birth and the Legacies of those Who Shaped It", en *Kennedy Institute of Ethics Journal* 4, n. 4 (1994) 319-335.

Reich, W. T.: "The Word "Bioethics": The Struggle Over Its Earliest Meanings" en *Kennedy Institute of Ethics Journal* 5, n. 1 (1995) 20.

Jonsen, A. R.: "The Birth of Bioethics", en *Hastings Center Report* 23, n. 6 (1993) s. 1-4.

Rothman, D. J.: *Strangers at the Bedside. A History of How Late and Bioethics Transformed Medical Decision Making*. Nueva York, 1991, 150-151.

Beecher, H.K.: "Ethics and Clinical Research" en *New England Journal of Medicine* 274 (1966) 1354-1360.

National Commission For the protection of Human subjects of biomedical and behavioral research, Washington, D.E., U.S. Government Printing Office, 1997.

Callahan, D.: "Bioethics as a Discipline", en *Hastings Center Studies* 1, n. 1 (1973) 66 - 77.

Reich, W. T.: *Encyclopedia of Bioethics*. MacMillan y Free Press, Nueva York / Londres.

Lafu Entralgo, P.: *la relación médico-enfermo. Historia y teoría*. Alianza Editorial, Madrid 1983.

Veath, R. M.: "From Forgoing Life Support to Aid-In Dying", en *Hastings Center Report* 23, n 6 (1993) s7.

Drane, J. F.: "La Bioética en una sociedad pluralista", en Gafo, J. (Ed.), *Fundamentación de la Bioética*, Universidad de Comillas, Madrid, 1989.

Toulmin, S.: "How Medicine Saved the Life of Ethics", en *perspectives in Biology and Medicine* 25, No. 4 (1982) 736-750.

McCormick, R.A.: "Theological Dimensions of BioEthics", en *Logos* 3 (1982) 25.

Beauchamp, T. L.: "The Principles Approach", en *Hastings Center Report* 23, No. 6 (1993) s9. Beauchamp, T.L. y Childress, J. F.: *Principios de Ética Biomédica*. Madrid, 1987.

Gafo, J.: "¿Bioética Católica?", en Gafo, J. (Ed.), *Fundamentos de la Bioética y manipulación genética*. Universidad de Comillas, Madrid, 1986.

Engelhardt, T., *Los Fundamentos de la Bioética*, Cap. 1 "Introducción: la Bioética ante la postmodernidad", 1ra Edición, Edit. Paidós, Barcelona, 1995.

(Washington, D.C.: Smithsonian Institution Press, 1984).

5. Van Rensselaer Potter, "Humility with Responsibility-A Bioethic for Oncologists," Presidential Address, Cancer Research 35 (1975): 2297-2306.

6. Although Leopold formally acknowledged no antecedents in composing "The Land Ethic," I hasten to point out that in building his monumental textbook Game Management he drew on many sources. His book has tables, charts, photographs, an extensive glossary, an index, and a bibliography containing 427 citations by my count. It was the first book of its kind; it created a new profession.

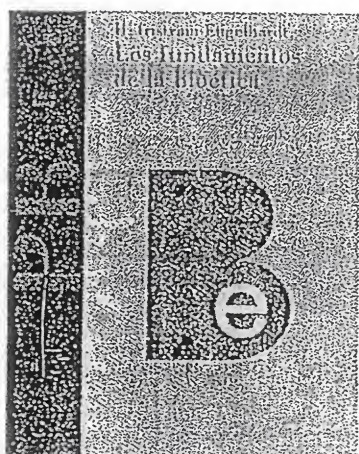
Gafo, J., "Bioética. Historia y Fundamentación", en 10 palabras clave en Bioética, 3ra Edición, Edit. Verbo Divino, Navarra, 1997, 11-40.

Gafo, J., "Veinticinco años de Bioética", en Razón y Fe, Tomo 234 (1996), 401-411.

Gracia, D., "La Bioética hoy: reflexiones a los veinticinco años", en La Bioética en la Emergencia, Asociación de Bioética Fundamental y Clínica (I Congreso Nacional), Madrid, 1996, 19-41.

Hottois, G., Parizeau, L., Les mots de la Bioéthique, Erpi Science, Bruxelles. 1993, 49-56.

Lorda, P. S., Barrio, I. M., "Un marco histórico para una nueva disciplina: la Bioética", en Med. Clin (Barc), 105 (1995), 583-597.



H. Tristram Engelhardt
Los Fundamentos de la Bioética
Ed. Paidós
1995

TABLA DE CONTENIDO	
1.	Introducción
2.	Bioética secular
3.	Las bases intelectuales de la Bioética
4.	Los principios de la Bioética
5.	El contexto de la asistencia sanitaria
6.	Los lenguajes de la medicalización
7.	El principio y el fin de la persona
8.	Consentimiento libre e informado
9.	Derecho a la asistencia sanitaria
10.	La remodelación de la naturaleza

CAPÍTULO

2

PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA

Nacimiento, historia y actualidad

ARQUEOLOGÍA DE LOS PRINCIPIOS

TEMA 9: Juramento hipocrático: entre la beneficencia y la no-maleficencia

TEMA 10: Los derechos de los pacientes: del paternalismo a la autonomía

TEMA 11: El problema de la justicia

TEMA 9

Juramento hipocrático: entre la beneficencia y la no-maleficencia

Contenido:

1. Historia de Fernando
 - 1.1 Introducción
2. Orígenes de la Ética Médica
 - 2.1 Ética juvenil
 - 2.2 Ética aristocrática
 - 2.3 Ética saludable
3. El Médico en el mundo Griego
 - 3.1 El Juramento hipocrático
 - 3.1.1 Evolución en su interpretación
 - 3.1.2 Marco en que se sitúa
 - 3.1.3 El compromiso moral y la relación terapéutica
 - 3.1.4 Cláusulas finales
 - 3.1.5 Conclusión
4. Consolidación del paternalismo: "El Medicus Gratosus"
 - 4.1 La dominación médica
 - 4.2 El dominio del paciente
 - 4.3 La disciplina medieval: el Juramento de Maimónides
5. El Medicus Politicus: el paternalismo burocrático
 - 5.1 La Medicina como profesión
 - 5.2 El Royal College of Physicians
 - 5.3 Thomas Percival
 - 5.4 La herencia de Percival
 - 5.5 Conclusión: el principio de beneficencia



En 1979 dos reconocidos bioeticistas, Tom Beauchamp y James Childress publican su famoso libro *Principles of Biomedical Ethics*, que de algún modo se ha convertido la biblia para enfocar los problemas bioéticos durante 15 años.

Beauchamp y Childress tomaron prestada la teoría del gran eticista Sir David Ross, quien distingue dos niveles en el razonamiento moral.

Ross distingue un primer nivel o unos primeros principios que llama deberes *Prima facie*, es decir, deberes primarios. Un ejemplo de estos deberes se representa por la siguiente situación: "todos sentimos el deber primario de gratitud cuando alguien nos ha beneficiado" y éste es un deber *prima facie*, es un deber moral que se nos impone a todos. Ross nos comenta otra situación: le decimos a un amigo "te espero a los 8 pm en la puerta del teatro" y luego no vamos; pero aun que sea por una causa justificada, sentimos haber transgredido un deber. Imaginemos que mientras vamos al teatro presenciamos un accidente de tráfico y entonces consideramos que debemos ayudar a las personas que lo necesitan, que es otro deber, y llegamos tarde a la cita. Para Ross está plenamente justificado incumplir la promesa de estar a la 8 pm en la puerta del teatro; sin embargo, es casi seguro que a pesar de que se creía que tenía razones morales suficientes para incumplir la promesa, porque se encontró con otro deber que consideraba prioritario, el sujeto en cuestión quede intranquilo y llame por teléfono a su amigo e intente explicarle porqué no ha cumplido la cita. En el fondo, si no se nos impusiera el deber de cumplir las promesas de un modo claro, no tendríamos que llamar al amigo.

En conclusión, primer nivel: nivel de los deberes *prima facie*, unos deberes primarios que no son subjetivos sino que de algún modo son intersubjetivos.

Y dice Ross que también hay otro nivel, que le llama el nivel de los *actual duties*, de los deberes reales y efectivos, distinto de los deberes *prima facie*. Un deber real y efectivo es aquel deber que nos obliga en un cierto momento, cuando entran en conflicto varios deberes *prima facie*. Cuando no entran en conflictos, los deberes *prima facie* son moralmente obligatorios, pero cuando entran en conflicto, entonces hay que jerarquizar los principios, ver cuál tiene prioridad y decidir el que se convierte en *actual duty*; en un deber real. El otro ya no es real, puesto que queda como entre paréntesis por el primero que tiene más impacto o penetrancia en términos genetistas.

1. LA HISTORIA DE FERNANDO

Entre la beneficencia de Fernando y la autonomía de la madre.

Fernando a sus 14 años era un niño gordo y solitario, acostumbrado ya al uso de insulina debido al diagnóstico de diabetes juvenil.

Cognitivamente no se elevaba mucho, pero manejaba el mundo de la plástica y su imaginación concreta se reflejaba en múltiples creaciones de madera, cartón y pinturas. Por un tiempo deseó ser igual al resto de los niños, pero como su pensamiento no era tenaz, se contentó con crear a su manera una solitaria existencia donde su madre representaba su único valor real.

Un día, como consecuencia de sus frecuentes torpezas cayó escaleras abajo perdiendo la conciencia. A raíz de esto se exploró mediante imágenes cerebrales (TAC y RMN cerebral). El diagnóstico del hallazgo fue un tumor cerebral, el cual dado sus características anatómicas y su ubicación fue clasificado como craneofaringioma. A este diagnóstico se le atribuyó su dificultad cognitiva como también su persistente obesidad. La indicación médica fue la cirugía. Esta terapéutica resultó avalada en diferentes centros neuroquirúrgicos nacionales como también de los Estados Unidos.

Todas las opiniones concordaron en que la intervención debería realizarse a la mayor brevedad posible. Durante ese año se produjo una descompensación brusca del proceso expansivo debido a la violenta dilatación de su componente quístico, provocando síndrome de hipertensión endocraneana con pérdida de visión bilateral secundaria a compromiso de quiasma óptico. Además, apareció compromiso de conciencia de carácter progresivo. La situación obligó a operar de urgencias esa misma noche. La cirugía fue de salvataje de vida, drenándose el quiste por vía estereotáxica, solucionándose así el conflicto de presión intracraneana que amenazaba su existencia.

Beauchamp y Childress, en su libro establecen cuatro principios *prima facie*, asumidos por todos en el mundo de la Bioética o en el mundo sanitario, por todos los seres racionales que forman parte de este mundo. Estos cuatro principios son: el *principio de no-maleficencia*, yo no puedo hacer mal a otro; el *principio de beneficencia*, tengo que ayudar en ciertas circunstancias, sobre todo si me lo piden; el *principio de autonomía*, hay que respetar la libertad, la conciencia de las personas, sus creencias particulares; y el *principio de justicia*, hay que tratar a todos por igual, con equidad, es un principio básico según el cual toda discriminación se percibe por los seres racionales *a priori* como injusta o inmoral.

Sin embargo, estos principios no fueron inventados por Beauchamp y Childress: estos principios tienen una arqueología, una historia, la cual debemos descubrir para entenderlos y emplearlos en la toma de decisiones. El principio de no-maleficencia y beneficencia tiene su trasfondo en el juramento hipocrático; el principio de autonomía hace de la declaración de los Derechos Humanos, y el principio de justicia de la evolución de este mismo concepto desde Aristóteles hasta Rawls.

1.1. INTRODUCCIÓN

El rasgo característico de la ética médica occidental, por lo menos en sus orígenes, es de un "paternalismo" fuerte. En esta tradición, la griega, el enfermo tiene una condición similar a la del niño y el esclavo, la de un ser irresponsable, incapaz de moralidad. La enfermedad, dice Aristóteles, hace del enfermo un sujeto incapaz de prudencia (*phronesis*), perturbándole el juicio moral. En Grecia es frecuente pensar que sólo el *kalós*, es decir el hombre sano y bello, puede ser *agathos*, bueno.

A continuación vamos a estudiar los antecedentes de los principios de beneficencia y no-maleficencia. En primer lugar, los orígenes de la ética médica; en segundo lugar, su documento más influyente, el Juramento Hipocrático; en tercer término, la historia del paternalismo "carismático" u antiguo, y el cuarto la del paternalismo "burocrático" o moderno.

2. ORÍGENES DE LA ÉTICA MÉDICA

La cultura griega fue profundamente "fisiológica", construyeron todo su desarrollo a partir del término *physis*, naturaleza. La naturaleza significa lo que nace o brota. Para los griegos la naturaleza es un magno *kosmos*, un conjunto ordenado de cosas. Cada cosa tiene su lugar, el llamado "lugar natural". Pero también lo Bueno, *agathos*, es para los griegos lo que ocupa su lugar en el *ordo naturae*, lo ordenado: su concepto de la ética es rigurosamente naturalista.

Al revés que la cultura moderna que contrapone lo moral a lo físico, lo libre a lo necesario; para los griegos *Ethos* no significa ética, en su sentido

Esta fue la razón de que Fernando se encontrara a los 16 años en una unidad de cuidados intensivos (UCI) perteneciente a una institución privada de salud. El niño recuperó la conciencia en forma parcial quedando definitivamente ciego. A su patología inicial se la agregó hipotiroidismo y diabetes insípida.

La unidad de cuidados intensivos cumplió su labor y estabilizó al paciente en relación con sus parámetros alterados. Durante 4 meses la evolución clínica fue desastrosa. Las variables metabólicas se controlaron estrictamente como también la infecciones concomitantes tanto del árbol respiratorio, como del sistema urinario. Sin embargo, las complicaciones neuroquirúrgicas fueron gravísimas consistiendo en sangrado del lecho operatorio, infecciones y formación de abscesos cerebrales, hidrocefalo hipertensivo que obligó a derivación ventrículo peritoneal y luego a aparición de ventriculitis. Se requirió un total de 7 intervenciones quirúrgicas.

Durante ese tiempo que alcanzó 4 meses, Fernando permaneció con conciencia oscilante entre sopor profundo y coma. Sin embargo, cuando los parámetros se estabilizaron el niño permaneció en coma profundo y luego se diagnosticó estado vegetativo persistente. Esto explicó que durante tres meses permaneciera Fernando en la UCI con este diagnóstico, debido a la necesidad inicial de una estricta monitorización de sus condiciones metabólicas para permitir su supervivencia.

Como médicos tratantes actuaron el neurocirujano, el neurólogo y el médico de la UCI representado por su médico jefe. Toda decisión terapéutica fue analizada en conjunto.

Los tres profesionales mantuvieron relación estrecha y cálida con su madre, informándole con detalle, precisión y en tiempo adecuado todo el acontecer patológico y terapéutico de Fernando. Después de la última intervención quirúrgica reconocieron frente a ella la imposibilidad de recuperar médicamente a su hijo. Esto se planteó categóricamente

actual, sino el orden natural de la existencia humana, el ajustamiento al orden natural.

La ética griega filosófica tiene tres rasgos:

1. Es ética aristocrática, en doble sentido del término: se hereda de padres a hijos y conlleva una alta posición económica y social.
2. Ética juvenil.
3. Ética saludable: sólo los sanos pueden ser buenos.

2.1 ÉTICA JUVENIL

Para el griego la palabra *andreia*, fortaleza, va emparentada con la palabra *andreios*, varonil. En Grecia hay un auténtico culto a la juventud: sólo el joven es un ser plenamente "natural".

Para el griego, el desarrollo del ser humano se ve en tres etapas:

La niñez: el niño no es un ser plenamente natural, porque no ha finalizado el proceso de maduración.

La juventud: hasta que se alcanza la plenitud o perfección de la naturaleza, el ser humano no es completamente sano, bello o bueno.

La Vejez: tampoco el viejo, porque ha comenzado el proceso de corrupción.

En *La República* se afirma: "La madurez espiritual de los hombres prudentes comienza más tarde que la corporal, propia de los fuertes".

La juventud comienza en torno a los 25 años, y la madurez termina alrededor de los 50; antes, en la infancia o adolescencia, al no haber finalizado el proceso de generación, no hay perfección ni, por tanto, salud, belleza y bondad. Tampoco después, en la vejez: "la enfermedad es una vejez adquirida, y la vejez una enfermedad natural" (Aristóteles, *Sobre la generación de los Animales*, 748b30)

En esas edades no se puede dar la relación humana más exquisita, la amistad. Los niños basan la amistad en el placer, y los ancianos en el interés; sólo en la madurez se dan las condiciones adecuadas al nacimiento de la verdadera amistad.

Por tanto, hay cuatro edades fundamentales:

Dos extremas y defectuosas: la infancia y la vejez.

Dos de plenitud: la juventud, con plenitud física, y la madurez con la plenitud espiritual.

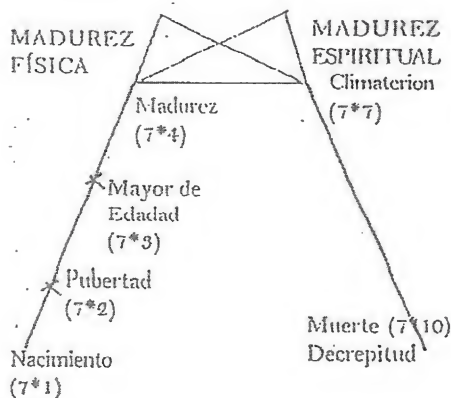
La técnica de Solón propone dividir las edades del hombre en múltiples de 7:

ante el diagnóstico de estado vegetativo persistente. Frente a esto último sólo se logró la aceptación del traslado de Fernando a la unidad de cuidados intermedios y el cambio de su apoyo respiratorio, utilizando para esto un respirador mecánico apto pero de menor complejidad. Estas conquistas, a decir de los médicos, fueron logradas aprovechando la condición de un aumento brusco de pacientes que requirieron ingreso en la UCI a consecuencia de un accidente automovilístico. Más allá de eso no se obtuvo por parte de la madre aceptación alguna para disminuir el énfasis terapéutico.

62 Teresa, madre de Fernando, es una mujer culta, profesional de 42 años, separada desde mucho tiempo y sola en la vida, trabajaba y vivía en función sólo de su hijo. La empresa en la cual se desempeñaba cubría la totalidad de los gastos médicos. Siempre mantuvo la postura de que su hijo no debía ser trasladado a otra institución y menos que se implementara sus cuidados en casa (*home care*).

Desde el diagnóstico de estado vegetativo comenzó nuevamente a trabajar visitándolo durante las tardes. Inicialmente permanecía toda la jornada en el hospital.

En forma apropiada, Teresa entendía toda la información médica exigiendo



LA VIDA DEL SER HUMANO
(Técnica de Solón para dividir las edades del ser humano en múltiplos de siete)

La madurez corporal va de los 28 (7 por 4) a los 35 (7 por 5), y la madurez espiritual va desde esa fecha hasta los 49 (7 por 7).

"Cuatro son las edades, a saber, adolescencia, juventud, senectud y decrepitud. La adolescencia es la complexión cálida y húmeda; en ella crece y aumenta el cuerpo hasta llegar a los 25 ó 30 años. A ella sigue la juventud, que es cálida y seca y que conserva en su perfección el cuerpo sin disminución de sus fuerzas; ésta acaba a los 35 ó 40 años. A continuación viene la senectud, fría y seca, en la que el cuerpo empieza a disminuir y decrecer algo, sin que falte, no obstante, la fuerza; dura hasta los 55 ó 60 años. Le sucede la decrepitud, con su concurrencia de humor flemático frío y húmedo; en ella se hace presente la carencia de fuerza y ella con el transcurso de los años pone fin a la vida" (Cf. La Isagoge de Ioannitius, en: *Asclepio* xxvi-xxvii, 1974-5, 322-323)

Sólo el joven es realmente moral, con sentido para la justicia y la amistad. En los niños y ancianos no se halla la naturaleza actualizada en su plenitud y, por tanto, tampoco la moralidad. No quiere decir que sean inmorales, sino más bien neutros. Tienen el mismo *status* que los tratados de Medicina reservan para los convalecientes que ya no están enfermos, pero tampoco sanos.

2.2 ÉTICA ARISTOCRÁTICA

Grecia atribuye la virtud, la moral, a los nobles, no a los plebeyos. El aristócrata es por naturaleza bueno (tiene *areté*, virtud y *aristotía*, valentía, heroísmo, nobleza), a diferencia del plebeyo, que siempre estará, en términos de Nietzsche "más acá del bien y de mal", y por ello nunca dejará de ser "malo".

"La buena cuna es matriz de elevados sentimientos"

Los aristócratas son los únicos que pueden imponer las normas y tienen la autoridad para transgredirlas. La aristocracia no es sólo un valor social y político, sino también biológico (sangre azul y salud) y moral.

"Hay hombres de 'buena condición' y otros de 'mala condición'"

2.3 ÉTICA SALUDABLE

Según Aristóteles, la enfermedad hace al enfermo, incapaz de *phronesis*, de prudencia, de juicio moral, como los niños y los locos.

Lo afirma igualmente Galeno cuando dice que las cualidades morales dependen del temperamento corporal: no hay virtud moral sin salud; más aún las faltas morales son consecuencia de mala complexión humoral.

El griego siempre pensó que la salud, como la belleza y la bondad, eran cualidades naturales, y que la enfermedad, la fealdad y la maldad eran contranaturales.

siempre maximizar sus cuidados. Incluso aceptó la irrecuperabilidad del estado vegetativo persistente, frente al cual declaró que realmente era insalvable para la "ciencia", pero que debido a ello exigía con más énfasis la atención de Fernando debido a que esperaba un "milagro" y no sabía en cuanto tiempo podría ocurrir. "Mientras lata el corazón", argumentaba, "el tiempo corre a nuestro favor". "Su vida es mi vida", agregaba con sus ojos fijados en la médicos y "no estoy dispuesto a perderla. El milagro existe, al menos para mí y ustedes sólo saben de ciencia. Dios está conmigo". La decisión era irreductible.

Salvo a ella no se conoció otra persona interesada por Fernando. Los médicos tratantes se inquietaron. Su quehacer era innecesario. Se sentían presionados sin saber con claridad la cualidad y cantidad de dicha presión. El médico jefe de UCI desertó, en el sentido de declarar que su unidad tenía la responsabilidad de tratar siempre y que sólo podía impedírsele desde un punto de vista de obligación médica, el profesional que se definía como tratante directo. Dada su declaración surgió la diversidad de criterios en el interior del personal médico rotante de la UCI, así como también en los profesionales de colaboración médica. Los que mantenían su condición de tratantes directos se enfrentaron a sus convicciones, a la postura neutral de la UCI y a la imposición materna.

Pidieron, entonces la participación del Comité de Bioética de la institución.

Para el griego era natural que las cosas fueran saludables, y lo que requería explicación era la enfermedad; para el hombre actual, la enfermedad es natural, y lo que debe considerarse concepto ideal es el estado de "perfecta salud".

Los griegos clasificaron las enfermedades en dos tipos: "por necesidad forzosa" (*kath'ananken*) o "por azar" (*kath'tykhen*). Las primeras más antinaturales que las segundas. Por eso se las llamó en latín: contranaturales (a las "por necesidad forzosa") y praeternaturales (a las "por azar"). Estas últimas son "accidentes", y no afectan la salud de los hombres más que accidentalmente; las primeras, por el contrario, atentan directamente contra su esencia o sustancia.

Con el paso del tiempo, se llegó a la distinción entre enfermedad agudas y enfermedades crónicas.

Las enfermedades crónicas son de instauración lenta y suelen deberse a desarreglos en las costumbres: abusos en comida, bebida, etc. Son las enfermedades morales, ya que surgen de desarreglos en las mores, costumbres.

Las enfermedades agudas surgen de modo abrupto, repentino: tienen carácter más "religioso" que moral.

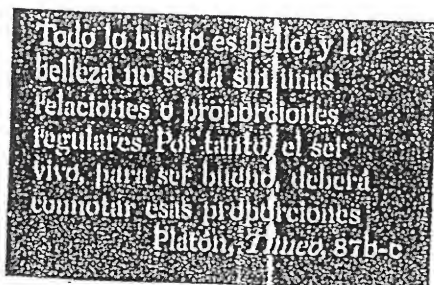
Estos dos tipos de enfermedades se diferencian por las causas que la producen: hay muchas cosas, como la comida, la bebida, el ambiente, que en sí son indiferentes, de tal modo que producirán salud o enfermedad según el modo como se utilicen.

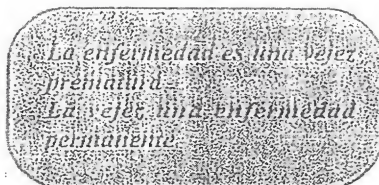
El médico debe distinguir entre enfermedades que pueden o no curarse, "a fin de ayudar en el proceso de curación a las que pueden curarse y de huir de aquellas otras que no se pueden curar", afirma Juan de Alejandría.

Las enfermedades morales deben cuidarse con una buena educación: las costumbres se educan, del mismo modo que la tierra se labra para evitar que crezcan las hierbas malas y ahoguen a las buenas.

Hay una *paideia* de la salud que consiste en usar adecuadamente las cosas neutras, con el fin de evitar los malos hábitos. De ahí surge la *diáita*, que se ocupa del cuidado del cuerpo a fin de que las disposiciones naturales vuelvan a su orden.

Hay otro tipo de enfermedades que no tienen su origen en desarreglos prolongados o crónicos de los hábitos de vida, sino sobrevienen inesperadamente. Por eso tienen algo de divino o religioso. Si las anteriores eran enfermedades morales, éstas son religiosas: la naturaleza es orden y por tanto salud, y el desorden radical que es la enfermedad contranatural no puede estar producido sino por algo superior al propio orden de la naturaleza terrestre.





3. EL MÉDICO EN EL MUNDO GRIEGO

La Medicina es una especie de sacerdocio; el médico es mediador entre los dioses y los hombres. Como consecuencia, la Medicina griega sacraliza al médico, al mismo tiempo que lo seculariza: el médico griego se ha desprendido del sacerdocio "ministerial", para asumir otro más laico e ilustrado. Pero mantiene sus notas: elección, segregación, privilegio, impunidad y autoridad.

Si la enfermedad es inmoral, el médico se convierte en "moralista": sólo mediante la regulación de las cosas neutras el hombre conseguirá la salud y, con ella, la bondad. De esta forma, la neutralidad pasa de la Medicina a la moral y se convierte en principio rector de las virtudes morales.

3.1 EL JURAMENTO HIPOCRÁTICO

[INTRODUCCIÓN]

Juro por Apolo médico, por Asclepio, Higia y Panacea, así como por todos los dioses y diosas, poniéndolos por testigos, dar cumplimiento en la medida de mis fuerzas y de acuerdo con mi criterio al juramento y compromiso siguientes:

[Capítulo 1: El Compromiso]

1. Tener al que me enseñó este arte en igual estima que a mis progenitores, compartir con él mi hacienda y tomar a mi cargo sus necesidades si le hiciese falta;

2. considerar a sus hijos como hermanos míos, y enseñarles este arte, si quieren aprenderlo de forma gratuita y sin contrato o compromiso;

3. hacerme cargo de los preceptos y lecciones orales y de todos los otros medios de enseñanza tanto a mis hijos como a los de mi maestro y a los discípulos ligados con un contrato escrito y un juramento según la ley médica; pero, fuera de esto, a nadie más.

La ética griega aristocrática, juvenil y saludable lleva al paternalismo.

La relación médico-enfermo es una relación *ethos-pathos*, si hay *pathos* no hay *ethos* y al revés.

El paciente es *infirmus*, falto de firmeza; no sólo física, sino también moral, por lo que el médico debe actuar como se hace con un niño pequeño, como padre:

"El paternalismo médico no es una aberración moral; todo lo contrario, es el único modo natural de actuar con los enfermos".

Se afirma taxativamente: "Ocultando al enfermo, durante tu actuación, la mayoría de los datos... sin mostrarle nada de lo que le va a pasar ni de su estado actual; pues muchos acuden a otros médicos por causa de esta declaración... del pronóstico sobre su presente y futuro" (Escrito hipocrático *Sobre la decencia*).

El médico hipocrático es paternalista, en el sentido de que considera a los enfermos como incapacitados morales, como personas que no pueden decidir sobre su enfermedad.

Pero es, al mismo tiempo, "maternalista". En el texto sobre las *Epidemias*, aparece el término *kharis*, que significa lo gratuito, amable, benevolencia, favor, gracia para con el enfermo.

Se concibe al médico como sacerdote laico, conocedor de los secretos de la naturaleza y de los arcanos de la vida, dispensador de gracias, de gracias de curación y de cuidado: es lo que lleva a K. Deichgräber a acuñar para el médico hipocrático el término de *medicus gratus*. La experiencia de la gracia es esencial en la vivencia religiosa.

Por tanto, tres actitudes caracterizan al paternalismo médico:

Paternal: impide que el paciente decida sobre su enfermedad
Maternal: Hace lo más grata posible la enfermedad

[Capítulo segundo: la Terapéutica]

- 1 Haré uso de régimen de vida para ayuda del enfermo, según mi capacidad y recto entender; del daño y la injusticia les preservaré.
2. No me dejaré llavar por ninguna súplica que me convenza para suministrar a nadie ninguna droga (fármaco) letal, como tampoco la aconsejaré. De igual manera, no colocaré a ninguna mujer un pesario abortivo. En fuerza y santidad mantendré mi vida y mi arte.
3. No haré uso de bisturí ni aún con los que sufren del mal de piedra. Dejaré esta práctica a los que la realizan.
4. Al visitar una casa, estaré en ella para el bien de los enfermos, absteniéndome de todo agravio intencionado o corrupto, en especial de prácticas sexuales con las personas, ya sean hombres ya mujeres, esclavos o libres.

ESQUEMA DEL JURAMENTO HIPOCRÁTICO

- [Introducción]
- (Fórmula Inicial del Juramento)
- [Capítulo 1: El compromiso]
 - (El maestro)
 - (Los hijos del maestro)
 - (La enseñanza)
- [Capítulo 2: La terapéutica]
 - (El régimen de vida)
 - (La farmacología)
 - (La cirugía)
 - (La visita domiciliaria)
 - (El secreto)
- [Conclusión]
- (Bendiciones)
- (Maldiciones)

Sacerdotal: mediador con la divinidad; con poder sobre la vida y la muerte

Para el griego, la naturaleza ordenada que llamamos *kósmos* y que está sometida a la divinidad o tiene carácter divino, posee tres órdenes, el orden del macrocosmos, cuyo representante es el sacerdote; el orden del mesocosmos o de la *polis*, con el rey o gobernante como máxima autoridad, es decir, como representante de la divinidad y personaje de algún modo divino; y el orden del microcosmos, el cuerpo humano, reservado al médico.

Pero el documento fundamental de la ética médica y el texto canónico del paternalismo médico es el Juramento Hipocrático. Examinémoslo.

3.1 EL JURAMENTO HIPOCRÁTICO:

1. EVOLUCIÓN EN SU INTERPRETACIÓN

El Juramento Hipocrático consta de dos partes: La *Syngraphe* representa las relaciones entre maestro y discípulo dentro de la fraternidad médica; y la que el Dr. Gracia llama *Therapeia*, es decir, las normas del médico en su actividad. Ambas partes van precedido por la Cláusula inicial y acaba con otra final

Cláusula Inicial
Compromiso (*Syngraphe*)
Terapéutica (*Therapeia*)
Cláusula Final

65

Desde el siglo I al XVIII se le consideró desde una actitud ahistórica y venerativa: como el documento que supo expresar los principios generales de la decencia y la responsabilidad en el arte de curar. Durante todos estos siglos se hizo una interpretación "naturalista", como si plasmase la naturaleza inmutable y necesaria de la actividad médica. A partir de entonces se inicia una aproximación más "historicista" de su contenido. Hoy día se le somete a la crítica textual (el Juramento es un texto escrito en unas coordenadas muy concretas de espacio y tiempo) y una crítica de la historia de las ideas, a lo que se ha denominado historia social. Examinemos más detenidamente estas tres fases por la que ha pasado en estos dos últimos siglos el Juramento.

1. Fase de crítica textual

La aparición de los métodos histórico-críticos a comienzo del siglo XIX hizo posible el surgimiento del interés de los filólogos e historiadores por los aspectos críticos de los textos clásicos. El resultado final de estos métodos es la edición crítica de los documentos. En el caso del Juramento, esta fase se inicia hacia 1861, cuando Emile Littré publica la edición crítica del texto, y se cierra en 1927 cuando aparece en el *Corpus Medicorum Graecorum* la edición de I. L. Heiberg. (*Hippocratis opera*, de I. L. Heiberg, *Corpus Medicorum Graecorum*, I. 1, Leipzig. Teubner, 1927).

3.1 EL JURAMENTO HIPOCRÁTICO

2. MARCO EN EL QUE SE SITÚA

Un juramento es un compromiso solemne realizado ante Dios; por tanto, poniéndole como testigo y aceptando su castigo en caso de transgresión. Los juramentos religiosos fueron frecuentes en todas las grandes civilizaciones antiguas desde los egipcios hasta el pueblo hindú.

Algunas profesiones se habían constituido en Grecia siguiendo el modelo del sacerdocio y con un concepto de la responsabilidad profesional más religioso que jurídico. En este sentido, se podría hablar de dos tipos de responsabilidades, una "fuerte" o moral, y otra "débil" o jurídica.

Lo mismo que hay dos tipos de responsabilidades, la fuerte y la débil, hay dos tipos de actividades:

Las "profesiones" y las "ocupaciones" u "oficios". Los oficios han estado sometidos a responsabilidad jurídica, mientras que la responsabilidad de las profesiones ha estado acompañada de impunidad jurídica, precisamente por hallarse sometidas a la responsabilidad fuerte o moral.

En consecuencia, puede afirmarse que históricamente ambas responsabilidades, la moral y la jurídica, no han ido parejas, sino que más bien han sido antagónicas: el disfrute de la responsabilidad fuerte eximía de responsabilidad jurídica, y al revés.

En realidad hay únicamente tres profesiones: el sacerdocio, la realeza (o la judicatura, por derivación) y la Medicina.

Nos referimos no al viejo sacerdocio olímpico, sino al fisiológico de la ilustración griega.

Con la crítica a la mitología se comienza a perfilar una idea no antropomórfica, sino fisiológica de Dios, "los mortales se imaginan que los dioses han nacido y que tienen vestidos, voz y

2. Fase de historia de las ideas

Una vez establecido el texto crítico se procede al análisis del sentido de las palabras, la semántica, y cómo los sentidos de las palabras se convierten en ideas, es decir, a la interpretación de las ideas. En el caso del Juramento, esta etapa se inicia en el año de 1933 cuando Karl Deichgräber publica su trabajo *Die ärztliche Standesethik des hippokratischen Eides*. Este texto produjo una respuesta antagónica, cuando en 1943 Ludwig Edelstein publica su monografía *The Hippocratic Oath* donde acusa a Deichgräber de haber hecho una interpretación muy beata y clasicista del Juramento. Por el contrario Edelstein hace una interpretación más dionisiaca del Juramento. Esta etapa concluye en 1970 cuando don Pedro Laín Entralgo publica su libro *Medicina Hipocrática*, obra que marcó la inflexión de esta etapa y marca el punto de partida de la tercera.

3. Fase de la historia social

Esta fase se sitúa en la "revolución de mayo del 68". Esta revolución marcó un gran descubrimiento: la ciencia y la cultura no son sólo sistemas de ideas, sino sistemas de poder social, es decir, sistemas sociales. Por tanto, es importante situar ese saber en el interior de la lógica de poder propia del medio social en que surgieron, para así poder entender su contenido.

En relación con el Juramento Hipocrático podemos situarlo en el siguiente contexto: el Juramento es un documento paradigmático de lo que se ha denominado rol sacerdotal o rol profesional, propio de sacerdotes, reyes o jueces y médicos.

Son roles que poseen una fundamentación primariamente religiosa y que aúnan una elevadísima responsabilidad ética y la más amplia impunidad jurídica. Ello confiere a las profesiones un *status* muy particular, diferente de las meras ocupaciones u oficios.

Por eso el Juramento no es sólo paradigma de la ética médica, sino de la ética profesional en cuanto tal.

3.1 EL JURAMENTO HIPOCRÁTICO:

3. EL COMPROMISO MORAL Y LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

La relación del médico hipocrático con su maestro y sus colegas: el compromiso moral

Todo juramento tiene un contenido que en el texto está entre el comienzo y el final de las normas rituales. Este contenido se denomina *xyngraphé* (Compromiso) y que aquí tiene dos partes: una relativa a las relaciones de los médicos entre sí y otra con las obligaciones del médico con su paciente.

figura humana como ellos" (Fragmentos de los Presocráticos, Diels H. y Kranz W. 21 B 14, 3 vol. Berlín 1934). "Los etíopes imaginan a sus dioses chiatos y negros, y los tracios de ojos azules y pelo rubio" (DK 21 B 16).

A la piedad olímpica sucede la piedad fisiológica, que crece, de una u otra forma, en la divinidad de la *physis*, "Dios es día-noche, invierno-verano, guerra-paz, hartura-hambre, (todos los opuestos, éste es su significado). (Heráclito, DK 22 B 67).

De ahí surge que el filósofo tuvo en Grecia una clara conciencia sacerdotal, sacerdote de la religiosidad fisiológica, que también poseyó el autor del Juramento hipocrático.

Este tipo de sacerdocio alcanza su madurez en Pitágoras, pensador y filósofo de Samos:

Pitágoras crea una forma de vida, "la vida pitagórica". Sus discípulos tenían ciertos cultos y ritos de consagración que les vinculaban a la secta. Comunidad que se constituye en el 532 a. C., y colocaban gran énfasis en el secreto. Por eso no hay escritos pitagóricos antes de fines del siglo V.

La Medicina adquiere así una función religiosa y el médico ejerce un sacerdocio: ellos son ahora los nuevos sacerdotes que separan lo puro de lo impuro, lo bueno de lo malo, lo sagrado de lo profano; son quienes distinguen, diferencias, segregan y dominan. Además, tienen el poder de curar, de purificar, de santificar.

Éste es el medio cultural en que se compone el juramento hipocrático. El médico del juramento es un sacerdote. Por eso se le exige una responsabilidad fuerte. No hay más profesionales que los sacerdotes y los que imitan su rol.

Los caracteres formales del Juramento: es documento religioso, compuesto en el interior de las religiones mistericas, por el que el iniciado hace un juramento de guardar una serie de normas y reglas. Examinémoslas.

Los hijos de los médicos entran en la profesión sin hacer un juramento, a diferencia de los que ingresan en la corporación médica y no se hallan unidos por lazos de sangre.

En Grecia existían familias de médicos y cirujanos que transmitían sus conocimientos a su descendencia. El que no pertenecía a la familia, al aprender la Medicina, adquiría el *status* de hijo adoptivo y su maestro el de padre adoptivo.

No puede decirse con Nittis (Nittis Savas, *The authorships and probable date of the hippocratic oath: linguistic and philological considerations of the "xyngraphé" with a short history of greek fraternal societies in Bull Hist. Med.* 8, 1940, 1013-1021) que todos los gremios griegos establecieran relaciones cuasi familiares, ni tampoco con Edelstein (Edelstein Ludwig, *The hippocratic oath: text, translation and interpretation*, en *Supplements to the Bulletin of History of Medicine* N° 1, Baltimore, The Johns Hopkins Press, 1943) que sólo se diesen en las comunidades pitagóricas:

Se trata de un tipo de vinculación frecuente entre comunidades religiosas y que en Grecia se extendió no a todas las profesiones, pero sí al pequeño grupo que imitan el rol sacerdotal y religioso, como la filosofía y la Medicina.

Este rol lo asumen los pitagóricos, los miembros de otras religiones mistericas y, también, algunos filósofos presocráticos y socráticos, y los médicos. 67

Por eso, los médicos del Juramento están muy próximos a los sacerdotes y filósofos; por eso se puede afirmar que el Juramento es un típico documento sacerdotal.

En estas profesiones, la relación entre maestro y discípulo tiene un carácter sagrado:

El maestro actúa según las notas del médico antes caracterizadas: como padre, madre y sacerdote; es, a la vez, tutor, nodriza y líder carismático.

La cláusula final de texto del compromiso dice: enseñaré estas cosas a quienes hayan suscrito el compromiso y estén sometidos por juramento a la ley médica, pero "a nadie más". Es un secreto "profesional", pero entendido como secreto "familiar", relacionado con el "religioso" o "sacerdotal".

El término *xyngraphé* viene del griego compuesto de otros dos términos, el prefijo *syn* que significa con, y el sustantivo *graphé* que significa o documento escrito o texto de una ley. *Syngraphé* significa promesa solemne, y que se ha traducido como "com-promiso". Esa promesa tiene un sentido más religioso que jurídico.

El compromiso del médico hipocrático formula y define la 'responsabilidad profesional', entendida en sentido moral y religioso, no directamente jurídico.

Las profesiones griegas, los sacerdotes, los monarcas y los médicos establecen un tipo de relaciones con sus súbditos caracterizadas por estar llenas de graves responsabilidades morales y una nula imputabilidad jurídica.

La primera parte del Juramento deja claro lo siguiente: la Medicina no es un simple "oficio", sino una "profesión": cuya actividad no sólo tiende al "bien hacer", sino a la "perfección", de ahí el carácter marcadamente "sacerdotal" de su rol sociológico, y el contenido ético y religioso de su fórmula de compromiso.

3.1 EL JURAMENTO HIPOCRÁTICO

4. CLAÚSULAS FINALES

Cláusulas finales: La visita domiciliaria y el secreto profesional.

Tanto la visita como el secreto son cláusulas simétricas a la dietética y farmacológica.

68. La visita debe hacerse para el bien del enfermo: debe evitarse todo daño.

El médico debe ser virtuoso ya que accede a la intimidad del hogar, a la privacidad.

El secreto profesional dice que el médico debe callar cuanto se le confie en relación terapéutica:

1) Afecta a lo conocido de esa relación, sino "incluso fuera" de ella:

Se refiere a la vida privada, al ámbito de la sexualidad, antes mencionado.

Este ámbito tenía en Grecia un carácter sagrado. Ello explica por qué ese secreto tiene un carácter sacerdotal.

2) El ámbito del secreto no lo establece el enfermo, sino el médico. Evidente paternalismo: ya se había dicho que el médico debe actuar "según sus capacidades y criterios".

En el Juramento, el enfermo no es sólo un incapacitado físico, sino también moral.

También queda claro que en el Juramento hipocrático el contenido es típicamente religioso y sacerdotal. Ya no es un sacerdote como en religiones orientales: "Ha sabido abandonar la vieja religiosidad popular y instica en favor de otra ilustrada y fisiológica".

La relación terapéutica del médico hipocrático

Examinemos la segunda parte del texto, la dedicada a la terapéutica (*therapeia*):

Esta parte está en perfecto orden: trata primero la dieta o régimen de vida (vers. 1); después la farmacología (vers. 2) y, finalmente, la cirugía (vers. 3).

Otra característica interesante es que mientras en los dos primeros casos, tras las cláusulas de carácter terapéutico, viene otras dos resueltamente morales, mientras que en la tercera sólo es negativa y carece de cláusula moral.

Versículo 1: Haré uso del régimen de vida para ayudar del enfermo, según mi capacidad y recto entender.

Del daño y de la injusticia le preservaré.

La 1ª se relaciona con la consigna de ayudar o hacer el bien, presente en Epidemias I 5: "Favorecer o no perjudicar".

El texto está dedicado a la dieta o régimen de vida, cuya función es ordenar la vida del paciente de tal modo que se evite el mal, enfermedad y se promueva el bien, la salud. Para los griegos, sin salud física no la hay bien moral.

La dieta consigue un ajustamiento físico que es también moral. Por tanto, esta cláusula regula la vida entera del ser humano, tanto física como moralmente. El objetivo de esta regulación es el ajustamiento perfecto del ser humano al orden natural, es decir la justicia.

Estructura del compromiso terapéutico:

1

El orden justo: el régimen de vida

2

El orden-santo: la farmacología

3

Cláusula negativa: prohibición de la cirugía

1

El orden justo: la visita domiciliaria

2

El orden santo: la guarda del secreto

Pero además hay otras enfermedades que se presentan de forma aguda y grave. Estas enfermedades no pueden tratarse mediante la dieta (*diáita*), sino que requieren de un remedio más fuerte, el fármaco (*phármakon*).

Versículo 2: No daré a nadie, aunque me lo pida, ningún fármaco letal, ni haré semejante sugerencia. Igualmente tampoco proporcionaré a mujer alguna un pesario abortivo. En pureza y santidad mantendré mi vida y mi arte.

Los fármacos sirven para curar enfermedades graves, pero también tienen el poder para matar; de ahí la cláusula de no usarlos para quitar la vida a una persona adulta o a un feto.

El que actúa así, lo hace de forma pura y santa ("en pureza y santidad mantendré mi vida y mi arte"). ¿Cómo se relacionan estas dos con la justicia de la 1ª cláusula?

Mientras que la dieta se relaciona con la justicia, *pharmakon* se relaciona con lo santo. Santo: su sentido es fisiológico, no místico.

La palabra fármaco tiene su sentido de productos naturales para alivio de enfermedades, pero mantiene su sentido religioso de purga o purificación. El fármaco purifica al enfermo y exige la pureza del médico. Esta pureza es física y moral, pero también religiosa.

El rechazo de la cirugía: se limita a prohibir su ejercicio.

Versículo 3: No haré uso de bisturí ni aun con los que sufren del mal de piedra. Dejaré esa práctica a los que la realizan.

Tiene un carácter estrictamente negativo. Algunos consideran que es una interpolación de un texto primitivo. Ciertamente, rompe el ritmo intelectual del juramento.

3.1 EL JURAMENTO HIPOCRÁTICO:

5. CONCLUSIONES

Es un documento sacerdotal que rebasa lo apolíneo, aunque no se restringe a lo pitagórico (Recuérdese la polémica Deichgräber-Edelstein).

Presenta al médico como miembro de una profesión, como ha sido concebida tradicionalmente, al contrario de la cirugía, que ha sido un oficio manual.

El Juramento presenta los caracteres del rol sacerdotal o profesional, que no sólo es paradigma de la ética médica, sino de la ética profesional en cuanto tal.

El Juramento está dominado por el principio de beneficencia, interpretado de forma paternalista.

¿Fueron así los médicos hipocráticos? "Indudablemente no fueron así".

En Grecia, la Medicina se articuló entre dos extremos: el médico-sacerdote del Juramento y la Medicina oficio, presente en muchos escritos.

El rechazo de la cirugía muestra cómo es el nivel de la Medicina-profesión: Quiere estar más allá de las responsabilidades jurídicas que pueden pedirse al cirujano y, por eso, se protege mediante responsabilidades éticas.

Veremos más tarde cómo en la Edad Media, los cirujanos quieren asimilarse a los médicos y protegerse de la responsabilidad jurídica asumiendo el rol sacerdotal y paternalista.

4. CONSOLIDACIÓN DEL PATERNALISMO

EL MEDICUS GRATIOSUS

El "paternalismo médico" es un proceso de dominación (dominación se entiende como la presencia actual de alguien mandando eficazmente a otro), pero no basada en la fuerza, sino en el señorío. Esta mezcla de dominación y señorío, de necesidad y liberalidad, es lo que define, de modo más ajustado el "paternalismo médico". La dominación violenta se expresa siempre de forma jurídica; la dominación señorial, toma la forma o talante moral.

El rol sacerdotal del médico implica dominación porque dentro de sus notas características además de la elección, segregación, está la autoridad. La autoridad de quien domina le corresponde la obediencia del dominado. Esto significa que la dominación es de carácter moral y que el mandato del dominador influye sobre los actos del dominado como si este fuera la máxima de su obrar. Entre el mandato y la obediencia hay una relación que no es primariamente jurídica o coercitiva sino persuasiva o ética. (Esta relación la ha desarrollado pensadores como Hegel en la *dinámica amo y esclavo*, y también pedagogos como P. Freire en la *Pedagogía del oprimido*).

4.2 EL DOMINIO DEL PACIENTE

Frente al *ethos* del médico está el del paciente: cuando las enfermedades son crónicas, el enfermo no sólo tiene alteradas sus cualidades biológicas, sino también sus hábitos, sus costumbres. Por ello, el médico tiene que regular la vida moral del enfermo, ser su moralista.

Los hábitos y costumbres del enfermo no son sólo patológicos, sino también inmorales.

Esto exige dos actitudes en el enfermo:

1. La única salvación del enfermo es obedecer. "Por eso al enfermo obediente y sumiso se le ha calificado siempre de 'buen enfermo'".

4.1 LA DOMINACIÓN MÉDICA

El paternalismo médico griego tiene los caracteres de la dominación carismática.

En su origen hay un *kharisma*, una gracia: el médico tiene el poder de gratificar al enfermo, y éste el "deber" de dejarse gratificar. Se trata de una dominación gratificante o carismática.

La ética hipocrática no es sólo carisma, sino objetivación del carisma, es la disciplina médica que posibilita el surgimiento de una tradición y con ella el comienzo de una dominación de legitimidad tradicional.

El principio básico de la disciplina médica es que el enfermo carece de autonomía y, por tanto, es incapaz de decisión moral: "la única obligación del enfermo es la de obedecer. Al poder de mando del médico corresponde el deber de obediencia del enfermo".

JURAMENTO DE MAIMÓNIDES Siglo XII

Dios Todopoderoso Tú has creado el cuerpo humano con infinita sabiduría. Diez mil veces, diez mil órganos. Tú has combinado en él, los cuales actúan sin cesar y armoniosamente para preservar él todo en su belleza, el cuerpo que es la envoltura del alma inmortal. Siempre trabajan en perfecto orden, acuerdo y consentimiento. Sin embargo, cuando la fragilidad de la materia o el desenfrenamiento de las pasiones trastorna este orden o interrumpe este acuerdo, entonces las fuerzas chocan y el cuerpo se desintegra en el pristino polvo del cual se hizo.

Tú has bendecido Tu tierra, Tus montañas y Tus ríos con sustancias curativas; éstas permiten a Tus criaturas aliviar sus sufrimientos y curar sus enfermedades. Tú has dotado al hombre con su sabiduría, para aliviar el sufrimiento de su hermano, a reconocer sus desórdenes, a extraer las sustancias curativas, a descubrir sus fuerzas y prepararlas y aplicarlas como mejor sea posible en cada enfermedad. En Tu Eterna Providencia, Tú me has elegido para velar sobre la vida y la salud de Tus criaturas. Estoy hoy listo a dedicarme a los deberes de mi profesión. Apóyame, Dios Todopoderoso, en estas grandes labores para el beneficio de la humanidad, pues sin Tu ayuda ni la más insignificante cosa tendré éxito.

Inspirame con amor por mi arte y por Tus criaturas. No permitas que la sed de ganancia o que la ambición de gloria y admiración hayan de interferir en la práctica de mi profesión, pues éstas son los enemigos de la verdad y del amor a la humanidad, y pueden descarrilar en el noble deber de atender el bienestar de Tus criaturas. Sostén la fuerza de mi cuerpo y de mi espíritu a fin de que esté siempre dispuesto con ánimo a ayudar y sostener al rico y al pobre, al bueno y al malo, al enemigo como al amigo. Haz que en el que sufro, yo no vea más que al hombre. Ilumina mi mente para que reconozca lo que se presenta y para que sepa discernir lo que está ausente o escondido. Que no deje de ver lo que es visible, pero no permitas que me arrogue el poder de ver lo que no puede ser visto; pues delicados e infinitos son los límites del gran arte de preservar las vidas y la salud de Tus criaturas. No permitas que me distraiga. Que ningún pensamiento extraño desvíe mi

2. Una función básica de la Medicina es cambiar la condición moral del enfermo, modificar sus costumbres.

Allí se inscribe el régimen sanitatis, que lleva a Galeno a las *sex res non naturales* (seis cosas no naturales): *aer* (el medio ambiente), *cibus et potus* (la dieta), *motus et quies* (el ejercicio), *somnus et vigilia* (el reposo), *excreta et secreta* (las evacuaciones), *affectus animi* (afectos y pasiones):

Todo ello en el contexto de *in medio virtus* (justo medio). Y es el médico el que debe establecer ese término medio, ya que el enfermo no es sólo un inválido físico, sino también un desvalido moral. "El buen médico es un férreo director espiritual del enfermo, que no sólo le aconseja, sino que decide en su nombre".

"El médico hipocrático y galénico tiene conciencia de moralista. Sabe que puede y debe imponer pautas de comportamiento a sus enfermos, y exige obediencia de estos".

Lo refleja paradigmáticamente el escrito hipocrático de los *Aforismos*:

Vida breve y arte largo:
Ocasión acelerada:
Experimento arriesgado.
Juicio difícil. No tasta
Que cumpla con sus deberes
El profesor de más fama;
Es necesario concurrir
Otras cosas de importancia.
A saber: en el enfermo
Obediencia y tolerancia:
En los asistentes celo,
Caridad y vigilancia:
Buen alimento, remedios
De propiedad, buena cama,
Ropa limpia, olores gratos,
Habitación ventilada,
Tranquilidad del espíritu.
Y a demás que a vencer valgan
La enfermedad, o cooperan
A extinguirla, o a moderarla.

Carlos García Gual (Edit) *Tratados Hipocráticos. "Aforismos". Vol. 1, Madrid, Gredos, 1983.*

Galeno comenta así el libro hipocrático de las *Epidemias*:

Los enfermos "obedecen mejor a aquello que les parece grato. Por este medio la madre y el padre convencen al hijo para que tome el alimento que no desea... Pues aquello que los hombres ven desagradable, no lo obedecen, aun en el caso de que estén de acuerdo sobre su utilidad".

atención de la cabecera del enfermo o alteren mi mente sus silenciosas labores, pues grandes y sagradas son las reflexiones requeridas para preservar las vidas de Tus criaturas.

¡Dios Todopoderoso! Tú me has elegido en Tu misericordia para velar sobre la vida y la muerte de Tus criaturas. Ahora estoy listo para practicar mi profesión. Ayúdame en este gran deber para que así se beneficie la humanidad, pues sin Tu ayuda ni lo más mínimo tendrá éxito".

Hay un hecho que hay que destacar el la baja Edad Media, se refiere al oficio del cirujano. Recordemos que desde el Juramento Hipocrático la cirugía había sido considerada como un "arte manual" o "arte mecánico", impropia de los médicos versados en las "artes liberales". La Edad Media se caracterizó por un espléndido renacimiento quirúrgico, y un intento por dignificar y ennoblecer la cirugía, hasta colocarla en la misma posición que la Medicina.

..Es preciso que el cirujano se acuerde de sus buenas enseñanzas, que tenga un espíritu pronto, una inteligencia sana, una buena vista, etc. De lo dicho se puede concluir también que el cirujano debe ser naturalmente ingenioso... Que reconforte al paciente con buenas palabras; que acceda y obedezca sus justas demandas; si no entorpecen el tratamiento de la enfermedad. De todo lo dicho resulta necesario concluir que el perfecto cirujano es más que el perfecto médico, ya que se le pide más, a saber la operación manual... (*Henei de Mondeville, Chirurgie de Maître Henri de Mondeville, Traducción al Francés por E. Nicaise, París, Félix Alcan, 1893, pp. 90-91.*)

Así propone en el mismo libro consejos sobre visitas, conversación, porte del médico, el vestido del médico, su pelo, las uñas, los olores, etc. Llegó a afirmar que el enfermo debe admirar al médico como a un dios. Reaparece el rol sacerdotal y carismático.

El paradigma del *medicus gratus* aleja al médico de los simples oficios:

Los oficios nunca han sido paternalistas, a diferencia de las profesiones, como la Medicina y el Sacerdocio. Deben tener, así como el rey, un comportamiento intachable. La educación de los médicos será en paralelo con la de sacerdotes y príncipes.

4.2 LA DISCIPLINA MEDIEVAL

El texto galénico ha sido santo y seña del paternalismo, del médico padre, madre y sacerdote. El médico se considera a sí mismo como un ser elegido, privilegiado, autoritario e impune, es decir, como un gran padre o un pequeño rey, con gran impunidad jurídica pero con una estricta ética.

El cristianismo modula, pero no altera la ética hipocrática:

"Más aún fue el cristianismo el que otorgó universalidad a la ética hipocrática, dotándola de vigencia a lo largo de muchos siglos"

Al surgir en la Edad Media los médicos laicos, tenían una conciencia clara de su rol sacerdotal. Tres son los roles sacerdotales: el espiritual del Papa, el temporal del Emperador y el corporal de los médicos.

Lo asumen Rhazes entre los árabes; Maimónides entre los judíos y Arnau de Vilanova entre los cristianos.

5. EL MEDICUS POLITICUS

EL PATERNALISMO BUROCRÁTICO

El sociólogo Max Weber señala muy bien en su libro *Economía y sociedad* que en el mundo occidental se ha dado una evolución imparable desde la dominación moral o carismática a la legal o burocrática:

Se ha dado una progresiva sustitución de la autoridad moral por la legal, a partir del XVI. Así surge el Estado moderno, en que la dominación burocrática se basa en dos principios: primero, la legitimidad de las leyes establecidas y, en segundo lugar, el derecho de mando de los que, según las leyes, ejercen la autoridad.

La obediencia se despersonaliza: no se obedece a las personas, sino a las leyes. Dos prerrogativas de la dominación burocrática: dictar leyes y hacerlas cumplir coactivamente.

Weber distingue entre instituciones negativamente privilegiadas y positivamente privilegiadas:

5.3 CÓDIGO DE THOMAS PERCIVAL

1800 D. C.

En beneficio de aquellos que sufren en su cuerpo, mente o situación, pidiéndoles a todos los médicos la unanimidad de ofrecer, además del servicio profesional dedicado, nuestras suplicas a Dios para que tenga a bien concederles el necesario consuelo que les alivie en sus distintas necesidades; infundiéndoles paciencia en su sufrimiento y la obtención de un feliz beneficio en su aflicción.

"A ti, hijo mío, que posees en alto grado toda mi estima y cariño y que siguiendo mis pasos me emulas en mis estudios profesionales, van espontánea-mente dedicados mis consejos; estando persuadido de que estas consideraciones incidirán poderosa y permanentemente sobre tu sinceramente

Es condición de todo hombre sabio actuar sobre la base de determinados principios; y el distintivo de un hombre bueno, asegurarse que se ajustan a la rectitud.

El entorno de las relaciones médico-enfermo, así como con sus colegas y con el público, es complejo y polimorfo, implicando un profundo conocimiento de la naturaleza humana y las ineludibles obligaciones morales que conlleva.

Por consiguiente, el estudio de la ética profesional médica no puede quedar corto en su objetivo de vigorizar y ampliar tus conocimientos científicos; mientras que la estricta observancia de los deberes que entraña atemperarán tus impulsos y ensancharán tus afectos.

Las ventajas académicas que has gozado en tus estudios de bachillerato y que seguirás gozando dentro de poco en la Facultad de Medicina, te calificarán, estoy seguro, para el desarrollo de una amplia y respetable esfera de actitud médica.

Así suplico devotamente que las bendiciones de Dios puedan asistir todos tus objetivos y acciones subordinándolos a tu propia felicidad y al bien de tu prójimo y enfermos.

Las instituciones negativamente privilegiadas incrementan su poder mediante tácticas de "apertura" (produciendo más, teniendo más afiliados).

Las positivamente privilegiadas no necesitan aumentar su tamaño, sino disminuirlo, impidiendo la entrada a los no privilegiados. Aumentan su poder mediante tácticas de "cierre" o monopolistas: ejemplo de estas instituciones: el Estado, las iglesias y la Medicina.

La Medicina ha tendido siempre al monopolio legal (es la propia Medicina la que define lo que es la Medicina) y de ejercicio (define la Medicina "ortodoxa" y rechaza otras alternativas).

Así la Medicina imita el modelo del Estado y se constituye en modelo de dominación legal o burocrática.

Max Weber, *Economía y Sociedad. Un esbozo de la sociología comprensiva*, México, F.C.E., 1979, pp.278.

5.1 LA MEDICINA COMO PROFESIÓN

Max Weber considera que las profesiones se identifican con los monopolios, con la dominación positivamente privilegiada, mientras que los oficios son propios de grupos negativamente privilegiados.

Además, las profesiones admiten en su seno a los que 1) se han preparado con un "noviciado"; 2) han mostrado su aptitud y calificación y; 3) han tenido una época de carencia de beneficios y de servicio.

Por profesión se entiende un círculo de gentes privilegiadas que monopoliza la disposición sobre los bienes deales, sociales y económicos, sobre obligaciones y posiciones en la vida.

La Medicina adquiere este *status* a fines de Edad Media o comienzos del mundo moderno y es uno de los primeros grupos que logra una auténtica "profesionalización": son hitos de este desarrollo la creación de escuelas de Medicina y la necesidad de examen antes de comenzar a ejercer la profesión.

Se constituye así un grupo privilegiado de carácter monopolista, que ejerce estricto control del mercado evitando así la competencia de otros grupos.

5.2 EL ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS

El Royal College of Physicians de Londres creado por Enrique VIII para decidir quiénes pueden o no practicar la Medicina.

En la Edad Media habían surgido los licenciados en Medicina, pero eran frecuentemente teóricos, acompañados de un ejercicio práctico muy

Consciente de que comienzo a experimentar el peso de la vejez, considero la publicación de este código deontológico como el colofón de las actividades de mi vida profesional.

Por consiguiente, puedo sin imper-tinencia ejercer el privilegio de consagrar a estos preceptos de ética médica como un testamento paternal.

Y siento la más inmensa satisfacción en estos momentos en que testimonio los sentimientos del mayor cariño y ternura con los cuales, mientras la vida me subsista, continuaré siendo no sólo tu padre, sino tu más íntimo amigo."

restringido. Se distinguía entre el licenciado universitario y el médico práctico.

Con frecuencia el licenciado no vivía del ejercicio, sino de la enseñanza; la Medicina era una profesión académica inseparable de la Universidad y no un grupo social independiente.

Royal College of Physicians no era un gremio. Hay que recordar que en aquella época los gremios eran de dos tipos: de los mercaderes y de los productores, es decir, de artesanos y otros tipos de trabajadores manuales. Los médicos jamás intentaron constituirse en gremios; no se consideraron como mercaderes o trabajadores manuales, ya que tenían educación universitaria.

Esta situación peculiar se resuelve con la creación de Royal College of Physicians, cuerpo único y prestigioso, de carácter monopolístico.

Con esta creación se pretende dar a la profesión médica un carácter cada vez más burocratizado: la Medicina se convierte en un cuerpo bien definido y positivamente privilegiado.

En los *Precepta moralia* del Royal College of Physicians sigue vigente el paternalismo, ahora burocratizado y corporativo, más que carismático y personal. El paternalismo ha sido el gran aliado de las ideologías monopolistas.

Esto provoca conflictos en la época liberal y antimonopolista. La Cámara de los Lores rechaza en 1703 las pretensiones monopolistas de Royal College of Physicians.

Adam Smith considera injustificable ese monopolio; cualquiera puede ejercer la medicina:

"Cada paciente tiene derecho a elegir su médico, basándose en su reputación y no en su licencia y cualquiera puede ejercer la Medicina."

Los médicos contraatacan: la Medicina no puede considerarse un comercio, ya que el médico se parece más al padre y al sacerdote que al obrero o al comerciante. La realización de la misión del médico, el servicio del enfermo y la autoridad profesional exigen ciertos privilegios, como el monopolio, que viene acompañado de pesadas cargas. Las leyes del libre mercado no pueden aplicarse al Estado, la Iglesia, el Ejército o la Medicina.

Los médicos cierran filas en torno al monopolismo y su aliado natural, el paternalismo. Los enfermos no pueden opinar sobre la capacidad del médico y deben confiar en el criterio profesional. Debe ser la propia profesión la que se autocontrole, mediante la "ética médica", que se construye bajo la imagen tradicional del *medicus gratus*. Se ha pasado del *optimus medicus*, médico perfecto, al *medicus politicus*, prudente, educado, gentil, el *gentleman*.

5.4 LA HERENCIA DE PERCIVAL

Esa mentalidad pasa íntegra al código ético en 1847 de la American Medical Association, y a la mayoría de los códigos de Deontología Médica:

Art. 1: "El médico no sólo debe hallarse dispuesto a atender las demandas de sus pacientes, sino que su mente debe además hallarse imbuida de la grandeza de su misión... Debe procurar... unir la ternura con la firmeza, y la condescendencia con la autoridad" (Mentalidad paternal y maternal al mismo tiempo).

Art. 4: "El médico... no debe descuidar... notificar a los amigos del paciente de las situaciones de peligro... y aun al propio enfermo, cuando esto es absolutamente necesario" (Es copia del de Percival antes citado, pero añade: "La vida de una persona enferma puede resultar acortada no sólo por los actos, sino también por las palabras y las actitudes del médico... evitando todas aquellas

cosas que puedan desanimar al paciente y deprimir su espíritu").

Es el paternalismo institucional, burocrático: es paternalismo porque debe evitarse la información infausta y son otros los que deben informar. Y es institucional, porque la ética ya no es meramente individual, sino colectiva, y es la Asociación, AMA, la que tiene que velar por ella.

El monopolismo es atacado por las medicinas no-ortodoxas sobre todo, los homeópatas, que piden un código más liberal. Ello lleva a una reforma en el código de 1903, pero se mantienen los dos artículos citados con su carga de paternalismo. Posteriormente se crean diferentes propuestas:

El código de 1912 acentúa el paternalismo: sólo hay obligación de comunicar la verdad a los allegados, y se restringe la información al enfermo al momento final en que deba expresar su última voluntad.

Código de 19. 7: empieza el cambio. Se afirma que la función del médico es la beneficencia, el "beneficio del enfermo". Pero se añade la cláusula que, según Childress (*James Childress: Who Should Decide? Paternalism in Health Care*, Nueva York-Oxford, 1982), lleva al paternalismo:

"El principal objetivo de la profesión médica es rendir servicio a la humanidad con total respeto por la dignidad del hombre. El médico debería merecer la confianza de los pacientes".

El servicio a la humanidad es beneficentista, pero el respeto a la dignidad del hombre puede ser paternalista, ya que es el médico, no el paciente, el que define esa dignidad.

Esa sospecha se confirma en el tema del secreto médico, ya que en él se incluye "proteger el bienestar del individuo".

Hay un cambio en el código de 1980: ya no es el médico el juez del bienestar

5.4 CONCLUSIÓN:

EL PRINCIPIO DE BENEFICENCIA

El término paternalismo comienza a usarse hacia 1880.

Es posible un cambio desde que las relaciones humanas salen, como dice Kant, de su "minoría de edad".

La historia del paternalismo corre paralelamente con la evolución de las estructuras sociopolíticas: desde el paternalismo a la justicia social. Su máxima expresión: despotismo ilustrado, "todo para el pueblo sin el pueblo".

Dworkin define el paternalismo: "interferencia con la libertad de acción de una persona, justificada por razones referidas exclusivamente al bienestar, el bien, a la felicidad, a las necesidades, a los intereses o los valores de la persona a la que se fuerza".

Childress critica esa definición porque no siempre hay fuerza en el paternalismo: "Es el rechazo a aceptar o a consentir los deseos, opciones y acciones de otra persona, por el propio beneficio de esa persona". Es mezcla de beneficencia y poder.

Para Weber el influjo de los dominantes hace "como si los dominados hubieran adoptado por sí mismos y como máxima de su obra los contenidos del mandato".

"La dominación es la característica formal definitoria de las verdaderas 'profesiones', a diferencia de las meras 'ocupaciones' u 'oficios'".

Cuatro son las notas que definen el rol profesional o paternalista:

1. Universalismo: que sean aceptadas por todos;
2. Especificidad funcional: sólo se le reconoce autoridad en su campo;
3. Neutralidad afectiva: debe evitar o controlar los sentimientos de amor y de odio, para que no interfieran en la dinámica de la relación profesional;
4. Orientación hacia la colectividad: se espera que actúa por altruismo, no por dinero, a diferencia de los oficios.

La última característica confiere a las profesiones una "superioridad y autoridad moral". Paterson lo llamó *Aesculapian Authority*, una autoridad sapiencial, moral y carismática.

Surge la pregunta de si son posibles las profesiones sin paternalismo o si acabar con el paternalismo supone poner fin al rol profesional. Esta es la tarea a la que hoy se enfrenta la Medicina: reformular o redefinir su rol profesional.

Quizá sea esta una de las razones del auge de la Bioética.

del paciente, sino que es el derecho el que marca cuando se debe romper la confidencialidad.

Ya se afirma que "el médico debe respetar los derechos de los pacientes": es la primera vez que aparece este criterio ético. "Solo en los años 80, pues, la ética médica americana ha hecho renuncia explícita del paternalismo".

Por fin, parece que se supera el paternalismo y se trata al enfermo como adulto y autónomo.

Al cabo de los siglos el enfermo parece haber recuperado su autonomía, la que no debió perder. El viejo principio hipocrático de beneficencia médica - favorecer o al menos no perjudicar - cobra un nuevo sentido. No desaparece, pero sí cobra nuevos rumbos, ya no al modo paternalista.

Es difícil salir del rol paternalista, pues lo encontramos en todos los niveles sociales: padre/hijo, marido/mujer... También médico/enfermo.

Al rol dominador del médico ha correspondido la imagen del "buen enfermo", infantil y pasivo.

Según Parson, se le exige que abandone sus ocupaciones habituales; que no se culpe por lo sucedido; que busque ayuda. Ninguna de estas notas tienen por qué poner al enfermo en situación de dominado.

Todo ello significa que el paternalismo admite grados: no es lo mismo considerar al enfermo como un recién nacido o como un enfermo.

A partir del siglo XVIII se le empieza a tratar como adolescente.

Lo expresan Szasz y Hollender al distinguir el paternalismo "infantil" del "juvenil". El segundo es más activo, manifiesta sus deseos y opciones, su aceptación o rechazo.

También se ha hablado de paternalismo "fuerte" y "débil": distinción basada en la capacidad o competencia de los individuos para tomar sus decisiones.

"Débil": "Se puede y debe actuar a fin de que una persona no se haga daño a sí misma, siempre que no sea (momentánea, temporal o permanentemente) competente o capaz, o no posea la información necesaria para tomar decisiones razonables".

No puede permitirse que alguien se haga daño a sí mismo por falta de información o consentimiento. Beauchamp considera que no debería llamarse débil, ya que se trata de una forma del principio de no-maleficencia, que obliga a proteger a las personas de daños causados al margen de su voluntad. Al contrario, el paternalismo "duro" afirma que no puede permitirse que alguien se haga daño, aunque posea competencia e información suficientes.

Sin embargo, los límites entre fuerte/débil no son tan nítidos, ya que tampoco lo son los conceptos de información/consentimiento. Hay razones para pensar que la competencia de un paciente no es total, cuando sin causas que lo justifique elige la opción de mayor riesgo.

La exclusión definitiva del paternalismo blando, nos lleva a esta redefinición de Childress: "Es el rechazo a aceptar o a consentir los deseos, opciones y acciones de las personas que gozan de información suficiente o de capacidad o competencia adecuada por el propio beneficio del paciente".

Sería paternalismo no respetar la opción competente de un testigo de Jehová. Lo es también que el Estado obligue al cinturón de seguridad. No es paternalismo sino beneficencia el internar a un esquizofrénico o hacer una transfusión al hijo menor de un testigo de Jehová.

CARTA CONTRA EL PATERNALISMO

Estimado Director:

Como persona que he tenido una larga vida, llena y rica de trabajo, de servicio y cumplimiento, cuyos días están limitados por un sarcoma peritoneal de alta malignidad y rápido crecimiento, cuyas horas, días y noches se encuentran sumidas en el tormento de dolores sin solución, molestias e insomnio, cuya mente está frecuentemente aturdida y desorientada por fármacos narcóticos y cuyo cuerpo está invadido por agujas y tubos que pueden afectar poco al pronóstico, suplico apoyo médico, legal, religioso y social para un programa de

eutanasia digna voluntaria. Prolongar la vida de un paciente así es cruel. Indica una falta de sensibilidad ante las necesidades de un paciente moribundo e implica negarse a centrarse en el tema con que no pueden enfrentarse los sanos. La tarea del médico es asistir desde el primer aliento de vida hasta el último; éste no es menos importante que aquél.

El consentimiento por parte del paciente, con un claro entendimiento de este hecho, por sus familiares cercanos, por su médico de cabecera, su abogado, su pastor o su amigo, no debería violar ninguna norma de conducta social. No hay motivos para dejar en manos de la ciega naturaleza la evolución errática y dolorosa de los momentos finales de la vida. El hombre elige cómo vivir; dejémosle elegir cómo morir. Dejemos al hombre elegir cuándo partir y hacia donde, en qué circunstancias deben sojuzgarse los ásperos vientos que soplan en el final de la vida.

*Fredrick Stenn, M. D.
Highland Park, IL
[New England Journal of Medicine]*

Beneficencia no paternalista: "Intenta hacer el bien o ayudar a los demás en sus necesidades, siempre que ellos voluntariamente lo pidan o acepten".

Si este consentimiento es imposible (falta de información en urgencias) o por defecto de capacidad (niños, comatosos y algunas enfermedades mentales), el imperativo de beneficencia lleva a buscar siempre el mayor bien del paciente.

Hay que distinguir entre principio de no-maleficencia y el de beneficencia:

El primero obliga a todos de forma primaria y no tiene nada que ver con el consentimiento informado. "Nunca es lícito hacer el mal, pero a veces no es lícito hacer el bien". Pueden resumirse en un solo principio: "no hacer mal a nadie y promover el bien".

"Así entendido el principio de beneficencia, no hay duda de que ha sido y seguirá siendo santo y seña de la Medicina".

Los dos se encuentran en la tradición hipocrática: "*Primum non nocere*" / "En beneficio del enfermo" (Juramento de Hipócrates).

El primero no tiene nada que ver con el paternalismo, el segundo sí. Están expresados en libro de Epi.lemias: "Favorecer, o a menos no perjudicar". Se le ha dado una interpretación paternalista, pero no tiene por qué ser.

Puede seguir siendo santo y seña de la Medicina, si integra el consentimiento informado del paciente.

Frente a los intentos de fundar enteramente la ética médica en el principio de autonomía, Pellegrino y Thomasma reivindican el de beneficencia.

El enfermo ha de actuar conforme al principio de autonomía; el Estado en torno al de justicia, y el médico "ha de seguir aportando a esa relación el principio de beneficencia".

La ética médica actual no se diferencia de la clásica en que esté basada en el principio de autonomía y no en el de beneficencia, sino en que el médico no debe ejercer la beneficencia sin el consentimiento del enfermo. Debe mantener el principio de beneficencia, pero articulándolo con la autonomía y la justicia.

TEMA 10

Los derechos de los pacientes: del paternalismo a la autonomía

Contenido:

1. Huelga de hambre: los límites de la autonomía
2. El pensamiento liberal en Medicina
3. La libertad de ejercicio
4. El nacimiento y desarrollo de los derechos de los enfermos
5. La libertad de información y de decisión
 - 5.1 La negligencia como lesión del derecho a la salud
 - 5.2 La agresión física o intervención en el cuerpo de otro sin su permiso
 - 5.3 El consentimiento se hace informado
 - 5.4 Teoría de consentimiento informado

Los médicos han tenido siempre una clara sensibilidad cuando se trata del principio moral de la beneficencia, ya que su actividad misma está íntimamente ligada al desarrollo histórico de este principio. Lo que no ocurre con el principio moral de la autonomía, puesto que este principio es ajeno a la Medicina y se ha desarrollado paralelo a la tradición jurídica.

El desarrollo de la autonomía del individuo es una conquista indiscutible de la modernidad. Tuvo que cambiarse la idea griega de que el hombre no es un ser natural sino moral. El orden moral no es el orden de la naturaleza sino el orden humano. El *ordō*, no es un *ordō factus* o natural, sino un *ordō faciendus* moral; el orden lo tiene que hacer el hombre. Sólo una moral auténticamente autónoma es en realidad humana, al contrario de las morales naturalistas que son consideradas heterónomas.

El mundo moderno surge cuando la persona y la comunidad se entienden como realidades morales y no físicas. El concepto de persona empezó a discutirse únicamente en el siglo V en las disputas teológicas. "Dios tiene una naturaleza, pero tres personas: padre, hijo y espíritu santo". Con Boecio nace una primera respuesta a la pregunta sobre la persona: sustancia individual de naturaleza racional.

Siglos después, Ricardo de San Victor proporciona una visión más moderna del concepto de persona. Para Ricardo persona es "*intellectualis naturae incommunicabilis existentia*". La novedad de esta definición está en el término *existentia*. Las cosas naturales "están", consisten en estar -*sistere*, tienen *sistentia*. Mientras hay realidades que se caracterizan por "estar fuera de" (ex) la naturaleza, sobre y frente a ella, es el caso de las personas. La persona es ex-céntrica frente a la naturaleza. Las personas no "son" naturaleza, sino por el contrario, "tienen" naturaleza. La naturaleza la tiene desde algo que es superior a ella, la persona.

Con Francisco Suárez, escolástico español del siglo XVI, el concepto de persona da un paso más. La persona humana goza de individualidad, lo mismo que la piedra o el árbol, es por ello un *unum per se physicum*, pero, además es racional. Este orden, el de la inteligencia, abre al hombre a un nuevo nivel, el de las realidades morales. Estas realidades no son sólo operativas, no consisten exclusivamente en actos, sino que también tienen sus estructuras, como es el caso de la sociedad. La sociedad es una estructura, resultado de la libre asociación de personas, y por tanto tienen unidad o *perseidad* moral.

I. HUELGA DE HAMBRE:

LOS LÍMITES DE LA AUTONOMÍA

Antecedentes

Legendarmería de Chile es una institución dependiente del Ministerio de Justicia, y está integrada por todas aquellas personas privadas de libertad. En Santiago de Chile posee varias unidades de reclusión, siendo una de ellas la Unidad de San Miguel, que alberga aproximadamente 1000 reos, en etapa procesal, es decir, a la espera de una condena definitiva.

El sistema de salud en la institución está organizada teniendo un hospital penitenciario, ubicado en el interior de la unidad Santiago sur, único hospital institucional. El resto de las unidades, cuentan con unidades de enfermería que se adecuan a las características del recinto: número de internos, ubicación y otros.

Específicamente en la unidad penal de San Miguel, la unidad de enfermería está estructurada de la siguiente manera:

Un médico tratante, que atiende tres días por semana, cuatro horas al día. Un enfermero universitario, a cargo de la enfermería, se encuentra de lunes a viernes ocho horas por día. Tres practicantes parameéricos, que se rotan en turnos cada 24 horas por 48 horas de descanso.

Todo el personal está constituido por hombres. La enfermería posee 8 camas, y cuenta con implementos básicos. No existe laboratorio clínico. Todos ellos dependen administrativamente del Jefe de la Unidad, en este caso un Comandante, y técnicamente de las Unidades de Atención médica, a cargo de un médico jefe y de una enfermera coordinadora nacional, que tienen sus oficinas en un lugar alejado de las unidades, y del hospital penal.

La sección femenina se componía en esa oportunidad de 19 mujeres, insertas en un penal de hombres, con las dificultades propias de la situación. Sus celdas son compartidas entre dos reclusas. También habitan cuatro niños, que viven con sus madres. Existen baños comunes para el total de las mujeres.

LA HISTORIA...

Paciente de sexo femenino de 33 años, procesada por ley antiterrorista. Ingresa al pe-

Tanta unidad per se tiene la sociedad como la piedra, si no más, ya que la perseidad moral es de algún modo superior a la física. En el hombre, existe una confluencia de las dos perseidades, la física y la moral, la individualidad llega a su máxima expresión, hasta tornarse en personalidad.

Para Suárez la perseidad física se tiene o no se tiene, pero no se alcanza; mientras que la perseidad moral no se tiene, se construye. El punto de partida es un simple conglomerado de hombres sin ningún orden ni unión, no forman ni siquiera una comunidad. Hay grupos humanos, como las familias, colonias, municipios, ciudades, pero ellos no constituyen por sí la comunidad. La perfecta comunidad es la república civil o política. Para alcanzar esta perfección, se necesita un vínculo de unión moral, lo que Suárez llama "pacto".

El pacto o contrato es el fundamento de la comunidad moral o unión política. Su contenido básico es el de ayudarse mutuamente. Este pacto ha de efectuarlo todos los miembros de la comunidad, de lo que se concluye que el origen de la comunidad o Estado está en el pueblo. En ese pacto los miembros de la comunidad entregan el poder al gobernante para que él consiga el "bien común".

Con lo anterior queda suficientemente claro el descubrimiento de la modernidad: el hombre es una realidad física o natural por antonomasia y la fuente del orden moral. Este descubrimiento hace que sea necesario revisar el concepto de naturaleza. Esta redefinición la hacen pensadores modernos como Thomas Hobbes, John Locke y Adam Smith es: sus discusiones sobre el llamado "estado de naturaleza"

Para Hobbes los hombres viven en un "estado de naturaleza" o "estado salvaje" en condición de guerra. Sólo cuando nace el Estado civil, único legítimo en el uso de la violencia, los hombres pasarán del estado de la violencia a la paz. La paz es un logro moral y político. En el Estado de naturaleza el hombre tiene el derecho (*jus naturale*) de usar su propio poder para la preservación de su propia naturaleza, es decir de su propia vida. Este derecho da lugar a una ley (*lex naturalis*), a una regla general que prohíbe al hombre hacer algo que sea destructivo para su vida.

John Locke asume la propuesta de Hobbes, en el estado de naturaleza el hombre tenía un primer derecho, el de defensa de su propia vida, que la razón convertía en ley, y por tanto en deber. Locke acepta que la primera ley natural es el "derecho a la vida", de este derecho se derivan otros: el derecho a la salud, es decir a la integridad física.

Todos los seres humanos tiene también derecho natural a conservar su propia libertad, ya que ella es la base de la propia autonomía.

Para Locke si todos los seres que viven en estado de naturaleza son básicamente iguales, entonces la ley natural exige respetar todos esos derechos en todos y cada uno de ellos. Esto hace pensar a Locke que el

nal de San Miguel en marzo de 1994, la cual no posee antecedentes médicos de importancia.

El día 2 de mayo de 1996 inicia junto a otras reclusas huelga de hambre en aparente buenas condiciones generales.

El 5 de mayo suspende la ingesta de líquidos con lo cual comienza un rápido deterioro de su estado general.

El 8 de junio su condición clínica se encontraba muy comprometida, con hipoglicemia, aumento en su hematocrito, aparición de cuerpos cetónicos en la orina, hipernatremia, y aumento de su creatinina plasmática. Por lo tanto, se decidió su envío al hospital penitenciario para su manejo clínico bajo la supervisión médica permanente, a lo cual accedió la paciente y el médico director del hospital penal, quien autorizó su ingreso.

Posteriormente acude al penal de San Miguel el médico jefe de las unidades de atención médica y la enfermera coordinadora nacional de gendarmería, quienes se opusieron rotundamente al traslado de la paciente aduciendo que debía evitarse cualquier tipo de publicidad y así poderle restar importancia a la huelga de hambre de las reclusas terroristas.

La decisión de la jefatura médica era de hidratar a la paciente en su celda a como diera lugar; incluso movilizándolo a la paciente con camisa de fuerza. La paciente se opuso a dicha situación, ya que lo consideraba indigno y riesgoso, además de no contar con la supervisión médica y de laboratorio mínima.

El resto de la sección femenina, tanto las que estaban en huelga como las que no, amenazaron con amotinarse si se forzaba la hidratación de la paciente en su celda.

La enfermera coordinadora nacional de gendarmería sugirió que se sacara engañada a la paciente de la sección femenina, prometiéndole que sería llevada al hospital penal, pero que en realidad sería llevada a la enfermería de la unidad y ahí sería hidratada a la fuerza, con los medios de inmovilidad que fuesen necesarios, a lo cual se opuso el equipo médico de esa unidad penal aduciendo la inconveniencia de dicha propuesta por la pérdida de la credibilidad futura que tendría el equipo de salud ante los pacientes del recinto.

estado de naturaleza no es un estado de guerra, si no que este estado surge cuando alguien trata de colocar a otro bajo su poder absoluto; lo cual puede suceder en el estado de naturaleza, pero también en el estado civil. El absolutismo político es peor que el propio estado de naturaleza, ya que coloca al hombre en estado de guerra. Así es como Locke formula la tabla de los derechos humanos civiles y políticos:

"...De la misma manera que cada uno de nosotros está obligado a su propia conservación y a no abandonar voluntariamente el puesto que ocupa, lo está asimismo, cuando no está en juego su propia conservación, a mirar por la de los otros seres humanos y a no quitarles la vida, a no dañar ésta, ni todo cuanto tiende a la conservación de la vida, de la libertad, de la salud, de los miembros o los bienes de otro, a menos que se trate de hacer justicia en el culpable..."

El derecho a la vida, salud o integridad física, a la libertad y a la propiedad se denominan "derechos humanos individuales", porque su realización depende única y exclusivamente de la iniciativa de los individuos, como sucede con los actos de hablar, pensar, rezar etc. porque obligan a todos aún antes de que haya ninguna ley positiva que los explique.

Estos derechos humanos civiles y políticos son la base de cualquier contrato social, y por tanto son los que deben estar presentes en las Constituciones liberales o democráticas, razón por la cual están en el origen del derecho constitucional moderno. Fueron la inspiración de varias Declaraciones: Filadelfia en 1774, Declaración de los Derechos del Buen Pueblo de Virginia en 1776, en la Declaración de Independencia de los Estados Unidos en 4 de julio de 1776, y sobre todo el 26 de agosto de 1789 en la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano aprobada por la Asamblea Nacional Francesa.

Este fue un pequeño recorrido del modo como se conquistó el pensamiento liberal y la moral de la autonomía. Pero, este pensamiento también llegó a la Medicina con la elaboración de los primeros códigos de derechos de los pacientes.

2. EL PENSAMIENTO LIBERAL EN MEDICINA

El paternalismo surgió de un movimiento de adentro hacia afuera, desde la familia a otras actividades humanas, como lo religioso, la política y lo médico. El modelo liberal ha sido al revés, de afuera hacia adentro, su origen estuvo determinado por la necesidad de controlar el poder del Estado, y someterlo a unas normas jurídicas y éticas.

La familia ha sufrido grandes transformaciones, si aquella familia se regía por el modelo "paternalista", ésta lo hace conforme al modelo de "privacidad"; aquél se rige por el principio de "beneficencia", éste por el de "autonomía". En el primero el poder se concentra en el poder del padre, de modo que la función de los demás miembros es cumplir con sus

El comandante a cargo de la unidad y su equipo médico, intentaron en forma infructuosa hacer cambiar de parecer a la jefatura médica de la gendarmería, dado lo inconveniente de su decisión y el riesgo de un motín, con una mayor publicidad que el simple traslado de la paciente al hospital penal. Manteniendo su decisión, el médico jefe llamó telefónicamente al director nacional de gendarmería, autoridad máxima de la institución, informándole que el comandante a cargo de la unidad se negaba a llevar a cabo su decisión. El director ordenó al comandante que se praxellera de acuerdo a lo que indicaba el médico jefe de la gendarmería.

El jefe médico se retiró dejando el problema operativo a la unidad. El médico a cargo de la enfermería de la unidad se comunicó con el jefe de seguridad de la gendarmería de Chile, el cual con un criterio más amplio, entendió las consecuencias que potencialmente generaría el problema planteado e intercedió ante el director nacional. Finalmente, la paciente pudo ser trasladada al hospital penal, hidratada voluntariamente, compensada clínicamente y devuelta en buenas condiciones a su unidad de origen.

mandatos; en el otro, cada miembro de la comunidad es sujeto de derechos inalienables, y por tanto, es agente, autor y actor de su propia vida. El paradigma del súbdito es en el modelo paternalista el del niño dependiente; en el modelo liberal, es el adulto autónomo y competente.

La Medicina ha tendido a configurarse en esquemas paternalistas y los brotes de la "Medicina liberal" han sido muy tardíos:

"En medicina la revolución liberal o democrática se ha producido con gran retraso respecto de otros espacios sociales, y probablemente sólo ha llegado a su término en los últimos años. Es curioso comprobar cómo en el mundo de la salud la revolución social ha precedido en muchos casos a la revolución liberal". "El liberalismo ha sido siempre la gran 'asignatura pendiente' de la Medicina occidental".

3. LA LIBERTAD DE EJERCICIO

Lo ejemplifica el debate entre Adam Smith y el médico W. Cullen. A. Smith demostró la necesidad de que el mercado de la salud se rigiera por las leyes de la oferta y la demanda, para evitar las tácticas monopolistas. Cullen le contesta argumentando que la salud es un bien tan preciado, que no puede regirse por las actividades mercantiles e industriales.

De esta discusión nace la pregunta si las corporaciones médicas debían o no conceder licencias de ejercicio. Para Smith el espíritu corporativo y exclusivista de las profesiones de la salud debe considerarse inaceptable, pues si se restringe el ejercicio, el costo de la asistencia médica subiría y el éxito del profesional de la salud vendría dado no por sus méritos sino por el tipo de licencia.

Hacia 1772 el profesor de Medicina de la Universidad de Edimburgo, el doctor John Gregory, escribía en sus *Lectures on the duties and qualifications of the physician*:

"En la economía de mercado, quien paga manda, y quien cobra obedece; en la Medicina sucede lo contrario, quien paga obedece y quien cobra manda".

La Medicina es una actividad monopolística que se sustrae del libre mercado, con perjuicio para los enfermos y la sociedad. Critica las razones de los que defienden el monopolio médico:

1. La Medicina es sólo para las mentes ilustradas, dada su dificultad y su complejidad.

2. No es claro que al permitir el ejercicio libre aumentarían los charlatanes, sino también aumentaría en la misma proporción las personas inteligentes.

Por tanto, Gregory es partidario de lo que se llamó la "cláusula definitiva", es decir, que nadie pueda definirse como médico titulado si no lo está; pero se opone a la "cláusula restrictiva", que sólo los médicos puedan practicar la Medicina. Gregory piensa que quienes no hayan estudiado los cursos de Medicina pueden ejercer el arte de curar, pero no como médicos. Esto es el arte del libre mercado.

Estas ideas se ponen en práctica en Francia en 1789; tras la revolución se cerraron las Facultades y se permitió ejercer la Medicina a todos, pero no hubo éxito y las aguas volvieron a su cauce.

Pero la discusión duró todo el siglo XIX y los médicos fueron partidarios del monopolio. A pesar de ello se presentaron muchos proyectos de ley antimonopolio, de los cuales pocos llegaron a su fin.

El tema se reabre en torno a los farmacéuticos. Proyecto de ley de 1815 con "cláusula restrictiva": sólo podían ejercer la profesión los licenciados.

Los que se oponen piden que se publique anualmente un registro de los practicantes, licenciados o no, que estaban debidamente cualificados. El proyecto no fue aprobado.

Años después, en 1868, se crea la Ley de Farmacia, la cual elimina las normas generales de cualificación restrictiva de los farmacéuticos y boticarios, aunque penalizando la utilización de un título profesional por quienes no lo tuvieran registrado.

Finalmente, en 1886, se otorgan al Colegio de Médicos "todos los poderes para imponer controles efectivos". La Medicina y la Farmacia se convierten en actividades "protegidas".

la Polémica de últimos años en Reino Unido sobre normas de registro de productos farmacéuticos, previstas por ley inglesa del medicamento de 1968, como reacción a la talidomida fue la siguiente:

No pueden comercializarse los medicamentos que no se hayan registrado. Esto aumenta los costes y lentifica el proceso, sin que los estudios de toxicidad tengan garantía de total fiabilidad.

Algunos proponen volver a la tradición liberal del laissez-faire. La decisión de comercialización debería quedar en manos del fabricante. Sin embargo, únicamente se mantiene esa tradición en el caso de los herboristas; se les eximen de penas, con tal de que sus clientes sean informados de lo que consumen.

Por tanto, la vía liberal "parece definitivamente enterrada": quizá por eso, cobra vigor otro frente, el de la información y la decisión.

Si las profesiones sanitarias han de ser monopolistas, debe evitarse que sean paternalistas.

CARTA DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES Declaración de Lisboa Octubre de 1981

Un médico debe actuar siempre de acuerdo con su conciencia y en el mejor interés del paciente cuando se le presentan dificultades prácticas, éticas o legales.

La siguiente declaración recoge algunos de los principales derechos que la profesión médica desea que se reconozcan a los pacientes. Cuando la legislación o la acción del gobierno niega estos derechos del paciente, los médicos deben buscar los medios apropiados para asegurarlos o establecerlos.

a) *El paciente tiene derecho a elegir libremente a su médico.*

b) *El paciente tiene derecho a ser tratado por un médico que goce de libertad para hacer juicios clínicos y éticos sin ninguna interferencia exterior.*

c) *Después de haber sido adecuadamente informado sobre el tratamiento, el paciente tiene derecho a aceptarlo o a rechazarlo.*

d) *El paciente tiene derecho a confiar en que su médico respeta la confidencialidad de todos los datos médicos y personales que le conciernen.*

e) *El paciente tiene derecho a morir con dignidad.*

f) El paciente tiene derecho a recibir o a rechazar la asistencia espiritual y moral, incluso de un ministro de la religión apropiada.

(Traducción de la redacción del Boletín de la Oficina Panamericana de la Salud a partir del original en inglés)

4. NACIMIENTO Y EVOLUCIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES

El Consentimiento Informado es recogido por leyes estatutarias: 25 Estados elaboraron leyes sobre Consentimiento Informado entre 1975-77. En 1982 ya eran 30. Muchas de estas leyes, por presión de los médicos, definen los delitos como negligencia y se adhieren al criterio de la "práctica profesional".

En 1969 una organización privada, Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales, permite a las asociaciones de consumidores participar la revisión de su reglamento. La National Welfare Rights Organization elabora un documento en 1970, el primer código de derechos de los enfermos.

En 1973, la Asociación Americana de Hospitales aprueba el Patient's Bill of Rights.

El Departamento Federal de Salud recomienda en 1974 "a los hospitales y demás centros sanitarios la adopción del código de derechos de los enfermos, así como su distribución... a todos los pacientes que ingresaran en sus establecimientos".

Así, el Consentimiento Informado se convierte en un "derecho humano individual" o "derecho humano negativo", que puede añadirse a la lista clásica, junto con el derecho a la vida, la salud, la libertad y a la propiedad: no es una especificación del clásico y beneficentista derecho a la salud, sino un derecho nuevo, al Consentimiento Informado.

5. LIBERTAD DE DECISIÓN Y DE INFORMACIÓN

El espíritu liberal fracasó ante el monopolismo, pero socavó los pilares del paternalismo. Fue creciendo la tendencia creciente a considerar al enfermo como adulto y autónomo.

Ya lo sugiere Gregory: el enfermo es la última instancia para decidir sobre su cuerpo y su vida. "Todos los hombres tienen derecho a hablar cuando se trata de su salud y de su vida". De ahí la obligación de comunicar la verdad. La veracidad es una cualidad moral del médico, lo que no niega que haya situaciones de difícil manejo.

Pero se mantiene el paternalismo que se expresa en su creencia de que hay que informar a la familia incluso sin permiso del enfermo.

Gregory fue tajante en su oposición al monopolismo, pero no vio con la misma claridad el derecho del enfermo a la información y la decisión; éste será un proceso largo y gradual.

Hay otros ilustrados en Francia, como Mirabeau y Condorcet. En USA, Benjamin Rush, uno de los firmantes de la Declaración de Independencia USA: el pueblo manda aquí en Medicina como en política.

La información es un deber primario del médico. Considera que la veracidad es buena para el enfermo. Es, por tanto, beneficentista; no autonomista. "La obediencia de un paciente a las prescripciones de un médico debe ser rápida, estricta y universal. No debe oponer su propia inclinación ni su criterio a los consejos de su médico".

Tuvo gran importancia las decisiones judiciales en el proceso hacia la autonomía. Es lógico, ya que el núcleo de la tradición jurídica ha sido la defensa de la autonomía y de los derechos individuales: "No es una exageración afirmar que el derecho de los enfermos a ser informados y a decidir autónomamente sobre su propio cuerpo les ha venido impuesto a los médicos desde los tribunales de justicia; o también, que la autonomía es un principio ajeno a la tradición médica". Para Katz: "La información y el consentimiento... no tienen raíces históricas en la práctica médica".

Antes del siglo XVIII, los médicos habían sido en general impunes y sólo a los cirujanos se les han exigido responsabilidades penales. Ya lo reflejan, Quevedo y Molière: los errores de médicos los tapa la tierra.

Todas las culturas han tenido conciencia de que los médicos eran negligentes, pero no se podía probar como consecuencia de su gran poder. Virgilio llama a la Medicina *Ars muta*. Se hace gran énfasis en el secreto, no en la información en contraste con cirujanos: además sus intervenciones eran más agresivas y con mayores consecuencias.

Evolución jurídica del consentimiento informado. Su historia es casi desconocida, se remonta a USA.

Hay otros derechos descubiertos recientemente: a la privacidad y a morir con dignidad.

Situación mundial: Nunca se ha creído menos en la posibilidad de fundamentar los derechos humanos, pero nunca han alcanzado un mayor relieve: "Los derechos civiles y políticos han llegado a conseguir su máximo grado de generalidad". Dos documentos esenciales:

La Declaración Universal de los Derechos del Hombre, del 12 de diciembre de 1948 y la Convención Europea para la Salvaguarda de los Derechos del Hombre y de las Libertades Individuales en 1950.

Ese marco era necesario para llegar a los derechos de los enfermos. Pero debe añadirse el cambio de Estados Unidos en los años 70, como reacción contra el poder del Estado: creciente reivindicación de los valores de la individualidad, libertad y autonomía.

Surgen otros movimientos autonomistas como el de la liberación de la mujer, el ecologista y el de salud integral (holistic health), que influyen en la Medicina.

Además en años 60 se desarrollan las técnicas de soporte vital, la diálisis, las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).

Fadden y Beauchamp elaboran un documento revolucionario: "Quizá por vez primera en un documento de ética médica, al médico se le obligaba, bajo forma de derecho, a incorporar al paciente al proceso de toma de decisiones y a reconocer su derecho a tomar la decisión final".

La tradición hipocrática se basaba en obligaciones y virtudes; ahora se utiliza un lenguaje nuevo, el de los derechos. Con matizaciones, puede decirse que "el lenguaje de la virtud ha sido el principio de la ética médica beneficentista, y el de los derechos lo es el de la ética médica basada en el principio de autonomía".

A ello se suma el Consejo Judicial de AMA en 1981: admite dos excepciones

Hay que distinguir tres etapas en el proceso del consentimiento:

1. Se utiliza sobre todo la figura de la negligencia profesional o impericia, malpráctica. No se necesita la voluntariedad para que constituya delito.
2. Idea de agresión, *battery*, entendida como la intervención realizada en el cuerpo de una persona sin su consentimiento.
3. Finalmente se define la figura y el concepto del Consentimiento Informado. Sus defectos dan origen a la impericia o negligencia.

5.1 LA NEGLIGENCIA COMO LESIÓN DEL DERECHO A LA SALUD

La negligencia como lesión del derecho a la salud (1780-1890)

En USA hacia el siglo XIX, los problemas de información y consentimiento se centran en la cirugía: son pocos los casos médicos, salvo en administración de medicamentos.

La cirugía era el último recurso que, antes de anestesia y asepsia, se identificaba con dolor, mutilación, infección y muerte. Por eso los cirujanos norteamericanos respetaban la opinión de sus pacientes, aunque les costase a estos la vida.

Las historias clínicas reflejan la frustración y resignación de los cirujanos. Llama la atención la falta de referencia a consideraciones legales. Se debe a que en problemas relacionados con el consentimiento, los tribunales dieron razón a los cirujanos. Sólo los condenaron cuando la falta de consentimiento iba contra las normas médicas. En esos casos, el delito que se adujo fue siempre la negligencia, no la agresión.

Esto significa para Pernick que la jurisprudencia norteamericana del siglo XIX consideró la capacidad de decisión del paciente como formando parte de la terapéutica, de una buena asistencia médica, más que como un derecho legal autónomo e independiente.

El caso *Carpenter vs. Blake*: el tribunal estuvo de acuerdo en que "el consentimiento de la demandante, si se obtuvo por procedimientos falsos", era inválido.

Los tribunales "defendieron el derecho del paciente a la información y a la elección, pero sólo en tanto el consentimiento informado podía ser considerado como una parte de la misión del médico de conseguir la máxima ayuda terapéutica para el paciente". Pero muchos médicos creían que la información podía ser perjudicial y los tribunales, por lo general, estuvieron de acuerdo.

al Consentimiento Informado: a) Si el paciente está inconsciente o es incapaz para consentir y el peligro es inminente; b) Si la información supone seria amenaza psicológica.

Además, La President's Commission, en 1982, aclara: no reconocer al individuo como sujeto básico en la toma de decisiones, podría lesionar el respeto al interés de cada persona en su autodeterminación.

La Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa aprueba en 1976 un documento elaborado por la Comisión de Salud y Asuntos Sociales en que se reconoce el Consentimiento Informado.

El Instituto Nacional de la Salud de España pone en marcha en 1984 un Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria y una Carta de derechos y deberes que, muy modificada, pasa a formar parte del Art. 10 de Ley General de Sanidad.

Surgieron nuevos problemas de Consentimiento Informado con la aparición de la anestesia: en 1844 se realizan las primeras extracciones de dientes con anestesia. Se crea la conciencia en los cirujanos de que tienen un medio, no sólo para vencer el dolor, sino para superar las resistencias de los pacientes ante las operaciones. Les permitía trabajar a gusto con los incompetentes, enfermos mentales y niños.

Se ven casos en norteamérica donde las parturientas rechazaban intervención instrumental. Para los médicos del siglo XIX el primer rasgo de incompetencia de enfermo era el rechazo de un tratamiento que ellos consideraban eficaz.

Durante este período los problemas de información y consentimiento fueron considerados negligencia o mala práctica. No eran punibles, si se había respetado el principio del mayor interés del paciente y estuviere probada su incompetencia. Pero eran los médicos los que evaluaban lo uno y lo otro.

Todo rechazo de terapia era considerado por los cirujanos como motivo suficiente para probar la incompetencia del paciente.

"Como doctrina general parece que puede establecerse que durante todo este período el derecho a la información y el consentimiento aún no fue considerado un derecho autónomo, sino sólo un momento del derecho más amplio a la salud y el bienestar".

85

5.2 LA AGRESIÓN FÍSICA O LA INTERVENCIÓN EN EL CUERPO DE OTRO SIN SU PERMISO

La agresión física, o intervención en el cuerpo de otro sin su permiso (1890-1920)

En la década de los años 90 los tribunales de USA empezaron a recibir reclamaciones de pacientes, víctimas involuntarias de la cirugía: pero ahora los acusan de agresión (*Battery*: siempre que alguien actúa intencionadamente sobre el cuerpo de otra persona sin su permiso).

Fue hasta 1890 cuando la Common law empieza a afirmar que cualquier intervención sobre el cuerpo de otra persona, sin su permiso, comete delito de agresión técnica.

Pero no estaba detallada la naturaleza del consentimiento: la ley no se preocupaba de la comprensión por parte del paciente, ni imponía al médico más que revelar el nombre de la enfermedad y una descripción superficial de lo que iba a hacer. Era un consentimiento superficial.

Después de I Guerra Mundial, esta indefinición comienza a superarse. El tribunal exige, para que el consentimiento sea válido, que se dé con una información suficiente para "ponderar los peligros y los riesgos".

Los tratadistas admiten cinco excepciones del Consentimiento Informado:

1. Graves problemas de salud pública
2. Urgencias médicas
3. Incapacidad o incompetencia del paciente
4. Privilegio terapéutico
5. Rechazo de la información por parte del paciente

71

5.1 TEORÍA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO: HISTORIA

Para Robert Veatch el consentimiento informado no es un proceso puntual, sino es un proceso de permanente diálogo, que responde gradualmente a los interrogantes que cada sujeto vaya planeando, más una correcta y adecuada información.

En consentimiento informado es el resultado de una participación activa por parte de los pacientes en la toma de decisiones.

1. Historia

Recordemos que en el mundo griego el hombre virtuoso era el que se ajustaba al orden natural. La *Polis* era el ejemplo perfecto de este ajustamiento al orden natural. En Medicina, la salud era el reflejo del orden natural, mientras que la enfermedad era lo opuesto, es decir el desorden. El hombre perfecto era el hombre bueno, que es lo mismo decir, el hombre saludable. La labor del médico consistía en poseer la sabiduría para reajustar el orden perdido por la enfermedad. El paciente era un enfermo tanto físico como moral a la espera de la ayuda del médico. A esto es lo que llamamos paternalismo.

Entrada la modernidad este paternalismo entra en crisis, pero no influye tanto en la Medicina sino en la sociedad, en las decisiones políticas.

El esquema político antes de la modernidad se regía por tres elementos: Dios que gobernaba sobre todas las cosas, delegaba su poder sobre la tierra en la figura del Rey, quien imponía su soberanía sobre el Pueblo. Dios-Rey-Pueblo. Con la modernidad, con el *Leviatán* de Hobbes, la estructura de la sociedad cambia, Dios queda relegado a un segundo plano, y es la sociedad por medio de un contrato social que se organiza, pactando unos mínimos para la convivencia. Esta sociedad delega en el rey la responsabilidad de cuidar estos mínimos de convivencia.

En la misma línea, se presenta la sentencia del prestigioso juez Cardozo: "Cada ser humano de edad adulta y sano de juicio tiene el derecho a determinar lo que debe hacerse con el propio cuerpo; y un cirujano que realiza una intervención sin el consentimiento de un paciente comete una agresión de cuyas consecuencias es responsable".

La ley reconoce ya no el derecho de todo hombre a la autodeterminación, lograda hace ya tiempo, sino el derecho del paciente a la misma.

Los médicos empiezan a diferenciar entre "hechos" y "valores" y a considerar que la información de hechos médicos es "neutro" desde el punto de vista axiológico.

Además, a finales del siglo XIX y comienzos del XX son de gran apogeo para los monopolios, y el juez Cardozo y otros colegas buscan un equilibrio. Por ejemplo, en el tema de vacunación obligatoria: en USA predomina la idea de que se puede imponer cuarentena a personas enfermas, pero que no se puede obligar a adultos, competentes y sanos, a vacunarse.

Sin embargo, desde 1918, se empieza a exigir la vacunación y más tarde la esterilización coactiva de retrasados mentales. Esto indica el creciente poder de la Medicina, que Cardozo quiere compensar con mayor autonomía de pacientes.

Por las mismas fechas comienzan sentencias contra médicos, sobre todo cirujanos, por traspasar los límites del consentimiento informado o por hacer prácticas prohibidas por el paciente.

A partir de años 30, comienza *The first wave of the malpractice crisis* que llega a su máxima expresión en 1960.

El *New England Journal* recomienda a los médicos que pidan el consentimiento antes de toda operación. Se pide que firmen un consentimiento válido, aunque su valor jurídico es discutible.

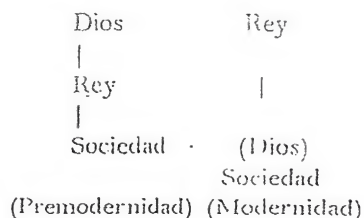
5.3 EL CONSENTIMIENTO SE HACE INFORMADO

El consentimiento se hace informado (1945-1972).

El Ministro de Sanidad del Reich en 1931, promulga normas estrictas sobre experimentación en humanos y productos terapéuticos: "Es el primer gran código ético sobre ensayos clínicos"; 4 de los 14 artículos se refieren al Consentimiento Informado.

No se cumplen con gitanos, judíos, polacos y rusos. Esto dio paso a la tragedia de campos de concentración.

Como consecuencia de ello, en el año de 1946 se sentaron en la banquilla de Nüremberg veinte médicos y tres administradores. Durante



Sin embargo, con la Medicina no ocurrió lo mismo, desde el siglo XV al siglo XVIII la relación médico-paciente estaba enmarcada en el mismo paternalismo de la antigüedad. Sólo a comienzos del siglo XX, hacia aproximadamente 1914 con la sentencia del magistrado Cardozo se plantea por primera vez el derecho de los pacientes para tomar sus propias decisiones: "...todo ser humano de edad adulta y juicio sano tiene derecho a determinar lo que debe hacerse con su propio cuerpo..." Entre 1957 y 1972 se establece la exigencia de realizar el Consentimiento Informado para los pacientes que se someten voluntariamente a investigaciones biomédicas.

2. Fundamentación

El Consentimiento Informado se fundamenta desde el modelo principialista a través del Informe Belmont. Este Informe establece claramente 3 Principios: -el principio del respeto por la personas; -el principio de beneficencia y el principio de justicia.

El procedimiento operativo para conseguir esto (hay que recordar que el Informe Belmont está diseñado para la participación de sujetos en la Investigación científica): en el caso del respeto a la personas se establece el Consentimiento Informado, con sus tres componentes: la información, la comprensión y la voluntariedad. En el caso de la Beneficencia se debe establecer claramente la evaluación de la relación riesgo/beneficio. Y en cuanto a la justicia se debe hacer una estricta selección de los sujetos que entran en la investigación. En conclusión: podemos decir que el Consentimiento Informado emana del Principio de Autonomía.

el proceso el tribunal se dio cuenta de la importancia del Consentimiento Informado en la realización de experimentos con humanos y ensayos clínicos. Pero no es claro si la fundamentación del Consentimiento Informado se hace desde la beneficencia o la autonomía.

Se usa el término de *voluntary consent*, no el de *informed*. El Consentimiento Informado se usa por vez primera en 1957 por un tribunal de California. "La novedad está, pues, en el derecho del enfermo a la calidad de la información, y en el deber del médico para revelarla". Hay que dar toda la información para que el paciente pueda tomar una decisión inteligente, pero la sentencia se expresa con obscuridad al afirmar que debe hacerse "con una cierta dosis de discreción", sin recomendar al médico ningún criterio para que se guíe.

Cada vez crece más la conciencia de que el Consentimiento Informado es parte del acto médico y su defecto debe considerarse negligencia. Los médicos deben revelar a los pacientes las consecuencias sobre sus intervenciones: si se hace sin consentimiento, el delito es agresión; pero si hay consentimiento sin información es negligencia.

La negligencia en la información es tan grave como la negligencia en la actuación, y obliga al demandado a reparar los daños sufridos por el demandante.

El caso Berkey hacia el año 1969, inicia nueva época para el Consentimiento Informado. Hasta entonces el criterio sobre información a dar quedaba a la consideración del médico (criterio de la práctica profesional), ahora se afirma que el canon no es el médico, sino el enfermo. Debe darse toda la información para dar un consentimiento inteligente.

La Sentencia de 1972 dictamina: "El derecho del paciente a su autodeterminación marca los límites del deber de revelar". Así el criterio de la persona razonable parecía derrumbar definitivamente al de la práctica profesional. Pero se mantiene el debate.

Para el Dr. Gracia, no se puede salir de esa situación a través de la jurisprudencia, sino "con el replanteamiento de las bases lógicas de la Medicina". La lógica clínica tradicional ha sido determinista - "la versión lógica del paternalismo moral". Hay que pasar del determinismo al probabilismo. Es un problema, no médico, sino lógico, el de qué entendemos por información.

La lógica clínica clásica era muy adecuada para la información dada en el modelo del "mayor-bien del enfermo", pero es inservible en el modelo de autonomía.

Hay que recurrir a la lógica estadística, que sólo hoy comienza a aplicarse en Medicina. Se ha venido formando a los médicos en la lógica determinista: el ideal del acto médico es establecer una relación determinada, causal, entre la etiología y tratamiento de enfermedad. Esa

Análisis Ético del "Informe Belmont"

Principio: Respeto por las Personas.

Contenido:

A. Se debe considerar que todos los individuos son entes autónomos mientras no se demuestre lo contrario.

B. Se debe respetar los criterios, determinaciones y decisiones de los individuos autónomos mientras no perjudiquen a otros.

C. Se debe proteger del daño a los individuos no autónomos, lo cual puede exigir hacer caso omiso de sus criterios, determinaciones y decisiones.

Procedimiento Operativo: El Consentimiento Informado

Principio: Beneficencia

Contenido:

A. No se debe hacer daño

B. Se debe extremar los posibles beneficios

C. Se debe minimizar los posibles daños

88 Procedimiento operativo: evaluación de la relación costo/beneficio

Principio: Justicia

Contenido:

A. Se le deben proporcionar a las personas aquellos beneficios y ventajas que les correspondan

B. No se debe imponer a las personas aquellas cargas que no les correspondan

Procedimiento Operativo: Selección de sujetos

lógica llevaba a considerar la hipertensión como caso problemático, fuera de la norma.

Se está dando en Medicina el paso de una "lógica determinista y causalista, a otra estadística y probabilista". Con esta lógica entendemos que la hipertensión, puede deberse también a factores emocionales; no es un caso excepcional, sino paradigmático.

Las decisiones médicas deben tomarse de acuerdo con la "teoría de la decisión racional", que enseña cómo decidir en situaciones de "incertidumbre", basados en cálculos de probabilidades.

Decir la verdad a un enfermo no es darle un diagnóstico de certeza, sino exponerle las probabilidades en el diagnóstico, pronóstico y terapia. Los médicos se resisten a actuar así; no es fácil que la mente humana actúe desde probabilidades. "Cuando los hábitos mentales y lógicos de los médicos (y de los pacientes) cambien, el ideal del consentimiento médico será completamente alcanzable". Sólo entonces se habrá conseguido una Medicina más humana, en la que los pacientes sean tratados como adultos, no en manos de los médicos "llevados por un irracional deseo de protección y salvación".

5.1.1 EL CONSENTIMIENTO INFORMADO: ANÁLISIS

El Consentimiento Informado es un *proceso gradual* que se realiza en el seno de la relación médico - paciente (usuario) en virtud del cual el sujeto *competente* recibe del personal de salud una información *suficiente y comprensible* que le capacita para participar *voluntaria y activamente* en la toma de decisiones respecto al diagnóstico y tratamiento de su enfermedad.

El Consentimiento Informado requiere una decisión autónoma, entendida esta como la capacidad de toda persona de expresar su proyecto de vida. Hay algunas condiciones para afirmar que las decisiones son autónomas:

1. Es un acto intencionado conforme a un plan consciente.
2. Es emitido tras comprender: -que se trata de autorizar o desautorizar la realización de un procedimiento médico; -que este procedimiento indica actuar sobre su cuerpo; -que es un procedimiento que conlleva riesgos y beneficios.
3. Ausencia de influencias externas.

Otro de los elementos indispensables es la *voluntad del paciente* para tomar su decisión: esta voluntad presenta dos componentes:

1. Coacción: en estos casos se presenta más a menudo estructuras de dominio que la propia coacción.

2. Ausencia de manipulación: radica en el manejo que las personas le dan a la información que poseen.

En cuanto a la información, debemos tener en cuenta:

1. La información debe ser suficiente: en cantidad suficiente, debe contener como mínimo:

- Descripción del procedimiento: objetivos y forma de realizarse;
- Riesgos, molestias y efectos secundarios;
- Beneficios a corto, mediano y largo plazo;
- Procedimientos alternativos;
- Efectos previsibles si no se realiza ninguno de ellos;
- Criterios de preferencia del médico;
- Posibilidad de ampliar la información;
- Libertad para reconsiderar la decisión.

2. La información debe ser comprensible. Existen:

- Dificultades subjetivas o del receptor: competencia
- Dificultades objetivas o del emisor:
 - Lenguaje verbal
 - Lenguaje no-verbal.
 - Lenguaje escritos formularios.

Técnicas para la legibilidad de la información:

A. Cuando las palabras que se utilizan son muy largas más complicada es la forma de entender lo que se quiere expresar;

B. Cuando más largas son las frases es más complicado la intelección.

3. Capacidad y herramientas de trabajo

¿Cómo evaluar la capacidad de un sujeto para tomar decisiones?

Existen dos términos que tendremos que analizar: capacidad y competencia. Capacidad es un concepto más técnico que moral y se refiere más a la evaluación de las habilidades psicológicas de los pacientes. La competencia es un concepto más jurídico y se refiere a la capacidad que tienen los pacientes para ejercer sus derechos.

La capacidad se define por la presencia de una serie de habilidades psicológicas presentes en un grado suficiente o aceptable. La capacidad puede ser jurídica (*competency*) o capacidad de obrar.

La capacidad jurídica es la aptitud para ser sujeto de derechos y de obligaciones que tiene todo ser humano por el mero hecho de serlo. La capacidad de obrar es la aptitud de una persona para gobernar sus derechos y obligaciones de que es titular, ejerciendo unos o cumpliendo con otros.

VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA

1. El paciente, la familia y demás allegados han sido correctamente y adecuadamente informados (dentro de lo posible) a propósito de la situación del paciente.

Paciente:

Sí No Si no, ¿por qué?

Familia:

Sí No Si no, ¿por qué?

2. Si el paciente ha escrito una declaración eligiendo un tratamiento (o rechazando ciertos tratamientos) y desea conseguir o ya ha conseguido que esta declaración escrita forme parte de la historia clínica.

Sí No Si no, ¿por qué?

3. El paciente tiene un testamento vital o una declaración eligiendo ciertos tipos de tratamientos, que yo he discutido detalladamente con él.

Sí No Si no, ¿por qué?

4. El paciente no es competente o no puede comunicarse. La familia u otros allegados han decidido en su lugar, aplicando el concepto de decisión de sustitución.

Sí No Si no, ¿por qué?

5. El paciente, la familia u otros allegados desean consultar con el servicio de pastoral a propósito de la elección de ciertos tipos de tratamiento o asistencia.

Sí No Si no, ¿por qué?

Marco ético para las decisiones sustitutas:

90

1. Valores o principios éticos comprometidos.

2. Normas de actuación:

-Criterios subjetivos: testamentos vitales/directrices anticipatorias.

-Criterios de juicio sustitutivo: mi conocimiento de su proyecto de vida me da la pauta para saber lo que desearía.....

-Criterio del mayor beneficio o del mejor interés.

3. Normas de autorización: ¿Quién puede tomar las decisiones?

4. Normas de intervención.

5. Herramientas de aplicación: directrices previas o anticipatorias

-Directriz previa directa o testamento vital;

-Directriz previa indirecta o poder de representación;

-Directrices previas mixtas.

Existen algunas excepciones a esta capacidad:

1. Grave peligro para la salud pública (a partir del concepto de epidemia).
2. Urgencia vital inmediata.
3. Paciente incompetente sin sustituto.
4. Imperativo judicial: huelga de hambre...
5. Rechazo por parte del paciente: cuando se niega a recibir la información...
6. Privilegio terapéutico: la información produce daño desde el punto de vista psicológico.

Herramientas de trabajo:

a. Herramientas para la transmisión de la información:

-Técnica de entrevista clínica.

-Relación de ayuda (*counselling*).

-Formularios de consentimiento informado.

b. Herramientas para la evaluación de la capacidad.

c. Normas para la decisión de representación.

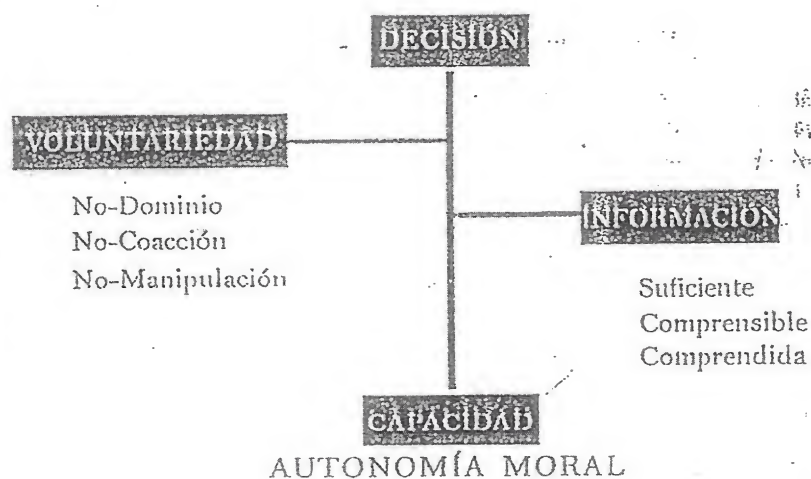
4. Decisiones de representación: ¿Qué hacer cuando el paciente es incapaz?

Hay dos respuestas tradicionales: la decisión la debe tomar los familiares más cercanos o la decisión se debe tomar buscando el mayor beneficio del paciente. Pero, ¿cuál es el mayor beneficio del paciente?

TEORÍA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

ACEPTACIÓN

RECHAZO



TEMA 11

El problema de la justicia

Contenido:

1. Cuidados paliativos: una cuestión de justicia
2. La justicia como proporcionalidad natural
3. La justicia como libertad por contrato
4. La justicia como igualdad social
5. La justicia como bienestar colectivo



El hombre, en tanto individuo viviente, o 'animal racional', es constitutivamente un ser social, y como tal se realiza en todas sus actividades. La sociedad, donde se desarrollan los seres humanos, se compone a su vez de múltiples estructuras. La primera es la que constituyen los otros individuos en tanto que otros semejantes con los que establecemos relaciones privadas. También, de la relación profunda entre dos personas surge una estructura familiar nueva, la familiar. Pero también existe otra estructura social, que se encarga de velar por la integridad de los individuos, el Estado, máxima institución social.

En la relación médico-paciente hay siempre involucrada tres partes: el enfermo, el médico y la sociedad. El enfermo constituye la primera y fundamental instancia. Cuando el paciente enferma se pone en contacto con el médico, es así como entra en juego la segunda parte. Cuando en la relación médico-enfermo se hacen presentes otras estructuras sociales, la institución hospitalaria, el seguro de salud, el juez, decimos que intervienen terceras partes.

Estas terceras partes tienen derechos y obligaciones distintas a las del enfermo y el médico. En un primer momento parece que sus derechos son menores, que tienen un carácter operativo en vez de decisorio: el médico y el paciente toman las decisiones de acuerdo con sus principios de beneficencia y autonomía, y las terceras partes lo único que tienen que hacer es ponerlas en práctica: el hospital atiende al paciente, el seguro les paga, etc...

Pero eso no es así, las terceras partes no son únicamente un medio para conseguir un fin, están constitutivamente incrustadas en la realidad humana, y se rigen por un tercer principio, que no es el de beneficencia o el de autonomía. El principio de las terceras partes o de la sociedad es el de la justicia.

Por terceras partes debe entenderse todos los agentes sociales que intervienen en la relación médica y que son distintos al personal de salud, los pacientes y los familiares. Terceras partes son los hospitales, la seguridad social, el Estado. La característica típica y unificadora de todas ellas es que aportan a la relación médico-paciente un nuevo principio, el de la justicia. Las decisiones que deben tomar las terceras partes son de diferentes estilos: cuando un director de un hospital se plantea el problema de cómo distribuir los recursos limitados a fin de encontrar el mejor beneficio para la comunidad; cuando un juez retira la patria potestad al padre como consecuencia del maltrato que le han propiciado a un hijo; o cuando se evita que un testigo de Jehová deje morir a su hijo que necesita

evalúa a uno de sus hijos por neointracocular de tipo retinoblastoma.

Consulta de seno: 17-10-97

Para clínicos en orden Rx de tórax normal se da boleta de hospitalización para ooforectomía el 22 de octubre; se firma autorización del paciente.

Trabajo social: se realiza entrevista a la paciente y al esposo, se entrega orden de hospitalización y se dan las últimas indicaciones necesarias.

Anestesia: paciente de 33 años de edad, programada para ooforectomía

E. F. Pte en buen estado general

Cuello: Normal

RsCsRs: Normales

ABD: blando no doloroso

Ex. Paraclínicos: HCTO: 39 HB: 19 Glicerina: 98

ASA: II Ss / EKG No hay contraindicaciones para la cirugía.

Consulta seno: 31-10-97

94 Paciente a control. Evolucionó satisfactoriamente de la cirugía. Al examen clínico paciente en buenas condiciones. ABD blando, herida quirúrgica bien. El resultado AP mostró ovarios sin tumor. Se inicia Tamoxifen. Se controlará el 11 de noviembre.

Consulta seno: 19-11-97

Carcinoma inflamatorio de Seno. POP ooforectomía

El diagrama adjunto muestra el gran compromiso generalizado de piel, pezón, axilas y región inframamaria. Se retiran puntos de cirugía infraumbilical. Se inicia tamoxifen 20 mg. Al día. Se cita en dos meses.

Cuidados paliativos: 01-12-97

Paciente con Dx de CA inflamatorio de Seno. Refiere dolor somático 10/10 incidental. AL EF: extenso compromiso tumoral del seno, fosa axilar y pared torácica, con ulceración y secreción purulenta.

Plan: aseo, local (flagyl tópico). Acetaminofen Codeical 50 mg. C/8 horas. Se aclara pronóstico y objetivo del tratamiento. Control enero/98 por falta de cupo disponible.

norma de lo justo y de lo injusto. En este caso, el contrato social tiene por único objetivo proteger los derechos naturales, es decir, los civiles y políticos, de cada individuo. Se trata de un nuevo concepto de justicia distributiva, la justicia como libertad contractual.

La distribución de honores y riquezas se rige por principios como los de la justa adquisición. El trabajo es el título primario de adquisición. No es como en la justicia natural la proporción geométrica la que nos dice si las riquezas han sido distribuidas justamente, sino el modo de su adquisición. Y la adquisición es justa si es el resultado del propio trabajo. También es justo la transferencia de las propiedades, ya sea por regalo, por compra o por herencia. El Estado sólo debe garantizar que se cumplan estos derechos.

Las repercusiones para el mundo de la salud son importantes. Para el pensamiento liberal la salud es un bien como otros y por lo tanto debe regirse por las leyes del mercado, sin intervención de terceros (el Estado).

En esta perspectiva, la sociedad del siglo XIX elaboró tres tipos de asistencia médica: la primera fue la de las familias ricas y apoderadas, con recursos suficientes para garantizar el pago de los honorarios de los médicos y cirujanos. Luego, existía otro sector, más amplio, el de la clase media, que pagaban los honorarios médicos y quirúrgicos por medio de seguros privados. Finalmente habría un tercer sector, el de los pobres, sin ninguna oportunidad en el sistema de salud liberal. Para corregir esto se crearon las instituciones llamadas de 'beneficencia'. Las instituciones de beneficencia no se regían por el principio de justicia sino por el de caridad.

Hoy día ante los excesos de la sociedad capitalista se ha exigido que la salud sea un derecho individual que debe ser protegido por el Estado. Pero el control del Estado debe ser negativo y no positivo. El Estado tiene la obligación en justicia de impedir que alguien atente contra la integridad corporal, pero no de procurar asistencia sanitaria a todos los ciudadanos. Esta es la diferencia entre el derecho negativo a la salud y el derecho positivo a la asistencia sanitaria.

Otro modo de enfocar la justicia desde la teoría liberal lo propuso Brody. Para Brody el contrato civil debe estipularse en los siguientes términos: los recursos naturales de la tierra pertenecen a quienes los poseen pero éstos en compensación deben pagar una renta a los demás, proporcional a los recursos utilizados. Esta renta puede cobrarse en forma de impuestos, y debe utilizarse en un fondo de seguridad social que se distribuya igualitariamente entre todos. La asistencia a la salud debe contemplarse como una parte de esta justicia redistributiva, pero no como un derecho separado y autónomo. No existe un derecho particular y específico a la asistencia sanitaria, sino un derecho genérico a la redistribución de una cierta riqueza.

Consulta Seno: 05-12-97

Paciente de 33 años, con Dx CA canalicular infiltrante de seno (inflamatorio). Tratamiento con quimioterapia a-cy. ooforectomía y tamoxifen. En seno derecho hay úlcera en zona de areola con sangrado no infectada, disminución del tamaño en comparación al seno izquierdo. Seno izquierdo gran infiltración tumoral dolorosa a palpación. SS concepto de oncología de posibilidad de implementar tto. Anexo. Continuar con tamoxifen. Cita en un mes.

Trabajo social: 05-12-97

Realiza entrevista con la paciente, está muy preocupada por el avance de la enfermedad, se le brinda apoyo.

Cuidados paliativos: 29-01-98

Segundo control de CA de Seno Izq. E. IV con importante compromiso local inflamatorio con secreción amarillenta.

Dolor somático controlado en forma satisfactoria con dosis bajas de tramal. Linfedema y dolor de tipo neuropático en MS DER.

Aparición de tos seca persistente

Estreñimiento moderado

EF: Ca: Oral normal, RsRs sin agregados

Zona inflamatoria y úlcera descrita

Neurológico: déficit motor de músculos medianos y radial

Zona hiperalgésica al tacto en territorio cubital

Resto sin cambios

Plan: regularizar dosis de tramadol 15 gotas * 4 esquema de rescate. Ciclo corto de dexametasona.

Gastroprotección

Pendiente: control oncológico.

Febrero 3

SS Rx de tórax

Control en dos meses

Oncología Clínica de adultos:

03-02-98

Paciente a control, mal estado en general, con progresión de su enfermedad a pesar del tratamiento con quimioterapia. Actualmente sintomática respiratoria por disnea a mediados esfuerzos, tos episódica, no productiva, persistente, el Rx tórax muestra signo radiológico que sugiere una diseminación linfática, se

3. LA JUSTICIA COMO IGUALDAD SOCIAL

Esta teoría se contrapone a la que vimos anteriormente, es decir, a las teorías que plantean los sistemas liberales. La teoría de la justicia como igualdad social, de corte marxista, pone el tema de la justicia de nuevo en el terreno económico, en concreto en el de la propiedad privada. Para el marxismo, la apropiación por parte de los individuos concretos de los bienes de producción ha de considerarse siempre injusta; estos bienes, no pueden ser propiedad privada, sino común. Lo que debe distribuirse equitativamente no son los medios de producción sino los de consumo. Para Marx distribuir equitativamente significa "a cada uno debe exigírle según su capacidad, y debe dársele según sus necesidades".

Así planteadas las cosas, encontramos que la salud es una capacidad, y la enfermedad, una necesidad. El Estado debe dar a cada cual según sus necesidades, y por tanto tiene obligación de cubrir de modo gratuito y total la asistencia sanitaria de todos sus ciudadanos.

4. LA JUSTICIA COMO BIENESTAR COLECTIVO

En este sistema la justicia no se define como mera libertad contractual, pero tampoco como igualdad social, sino como 'bienestar colectivo'.

Esta actitud tuvo su origen a partir de la obra de John Rawls *Teoría de la Justicia* publicada por primera vez en 1971. Para Rawls la justicia no puede definirse como proporcionalidad natural, ni como libertad contractual, ni tampoco como igualdad social, sino como equidad. Rawls siguiendo a Kant piensa que todo ser humano, una vez alcanzada la edad de la razón, es autónomo y tiene un sentido efectivo de la justicia.

Pues bien, una vez alcanzada esta condición, el ser humano puede construir la idea de una 'sociedad bien-ordenada'. Esta sociedad tendrá las siguientes características: primero, estará regulada de forma efectiva por una concepción pública de la justicia, es decir, será una sociedad en la que todos acepten, y sepan que los demás también aceptan, los mismos principios de lo recto y de lo justo. Segundo, los miembros de una sociedad bien-ordenada serán personas morales libres e iguales, y como tales se verán a sí mismas unas a otras en sus relaciones políticas y sociales. Por tanto, sobre la base de la persona moral es posible pensar una sociedad bien ordenada, que estará regida por los principios de libertad e igualdad. El puente entre el concepto de persona moral y el de sociedad bien ordenada ha de estar constituida por lo que Rawls llama 'posición original'. La posición original es una estructura básica, un juego que todos debemos jugar con el fin de encontrar esa sociedad bien-ordenada. Esto supone poner entre paréntesis o no tener en cuenta ciertas cosas relacionadas con el papel real de personas en la sociedad (raza, idioma, creencia religiosa, estado económico, hombre o mujer, etc). Tales son las ventajas o desventajas derivadas de contingencias naturales o del azar social. A esta restricción mental es a lo que Rawls llama "velo de la

considera que ya la paciente tiene una importante progresión de su enfermedad, la cual no ha sido susceptible de manejo por QTX. Por tal motivo, se envía a manejo y concepto inicialmente con RTX para control local y regional, y continuar control de sintomatología en la unidad de cuidados paliativos. Se le explica al paciente y a su familia la naturaleza de sus síntomas y las características actuales de su enfermedad.

Junta de radioterapia: 09-02-98

No respondió a los tratamientos de quimioterapia y hormonoterapia. Presenta actualmente tos seca. Compromiso bilateral de senos, con ulceración de la piel prácticamente de todo el tórax con bloqueo axilar bilateral, con una radiografía de tórax donde se aprecia una diseminación linfagógica. En estas condiciones es considerada intratable. Continúa en cuidados paliativos. Se explica la situación al familiar.

Cuidados paliativos: 13-02-98

La paciente asiste extraoficialmente, con HC de CA de Seno, E. IV en manejo paliativo, única y exclusivamente debido a que por la consulta de base y RxTx se ha considerado irrescatable.

Problemas actuales: dolor somático, parcialmente controlable con el opioide débil. Disnea y tos seca. A compromiso linfagógico, para lo cual se ordena oxígeno en casa. Ciclo corto de esteroides, se ascenderá a opioides fuertes buscando el beneficio antitusivo, y de mejoramiento del intercambio gaseoso de la morfina. Linfodemas bilaterales progresivos para los cuales no se beneficia de ningún manejo de drenaje ni masaje, por lo cual se formula diuréticos retenedores de potasio, que paralelo ayudarán a la disnea. Estreñimiento severo, por lo cual se le formula dos tipos de laxantes de acciones sinérgicas, y enemas cada tercer día. Pero, el problema principal de esta paciente y de su esposo es el desconocimiento del estado oncológico de la incurabilidad de la enfermedad. Se da orden para que el seguro (EPS) diligencie el oxígeno a domicilio y active un programa de asistencia en caso. Control 6 de marzo, disponibilidad telefónica.

ignorancia". Una vez puestas entre paréntesis estas contingencias fácticas, las personas pueden ya buscar la realización del bien de acuerdo con criterios racionales y no solamente fácticos. Estos criterios obligan a considerar como objetos básicos ciertos bienes, sin los cuales la justicia procedimental pura sería inalcanzable. Estos bienes sociales primarios serían los siguientes: las libertades básicas; igualdad de oportunidades, derechos y prerrogativas; ingresos y riquezas; y condiciones sociales para el autorespeto y la autoestima.

Para Rawls una sociedad puede considerarse justa si todos los valores sociales (bienes sociales primarios) habrán de ser distribuidos igualitariamente, a menos que una distribución desigual de alguno o de todos estos valores redunde en una ventaja para todos, en especial para los más necesitados. Entre el puro liberalismo y el puro igualitarismo, surge una teoría intermedia, que entiende la justicia como equidad.

Al aplicar esta teoría al ámbito de la salud, surgen varias preguntas entre las cuales está: ¿debe incluirse el derecho a la asistencia sanitaria dentro de los bienes primarios subsidiario del principio de igualdad de oportunidades propuesto por Rawls?

Norman Daniels piensa que sí, pretende construir una teoría adecuada sobre el derecho a la asistencia sanitaria, cuyo único sentido correcto posible es el de justicia de la asistencia médica o asistencia médica justa. A partir de aquí se han presentado varios modelos que en la actualidad gozan de profundos debates.

Las cuatro concepciones estudiadas en este capítulo no son necesariamente rivales e incompatibles, sino momentos distintos de ese acto que es la justicia. Ninguna de estas concepciones es del todo verdadera, pero tampoco es ninguna del todo falsa. Cada cual adquiere su sentido cuando se la considera como momentos del acto de justificación. La justicia es una virtud compleja, que ha de tener en cuenta varios factores para llegar a tomar una adecuada resolución de problemas. La justicia distributiva no es la justicia general, pero sí una especificación suya, y como tal es un caso particular del proceso general de justificación moral.

Fórmula: Mujer de 34 años, Cáncer estado IV. Diseminación pulmonar linfagfstica. Requiere oxígeno disponibilidad permanente en casa.

Respuesta del Seguro de Salud (EPS): favor enviar un programa de cuidados paliativos, riesgo de manejo en casa, manejo de soporte, ya que al autorizar el oxígeno sin conocer su manejo es una irresponsabilidad.

AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

Yo, _____ Cédula de ciudadanía No _____ junto con mis familiares hago constar que:

He sido debidamente ilustrado(a), sobre mi enfermedad CÁNCER y la necesidad de practicar me _____ como parte del tratamiento interdisciplinario requerido.

He recibido explicación clara y precisa sobre el procedimiento quirúrgico, sus riesgos, incluido la muerte, posible complicaciones (hematomas, hemorragias, infecciones, pérdida o sufrimiento de colgajos cutáneos y otras impredecibles e imprevisibles), secuelas (limitaciones, disfunciones), consecuencias y análisis de riesgo-beneficio.

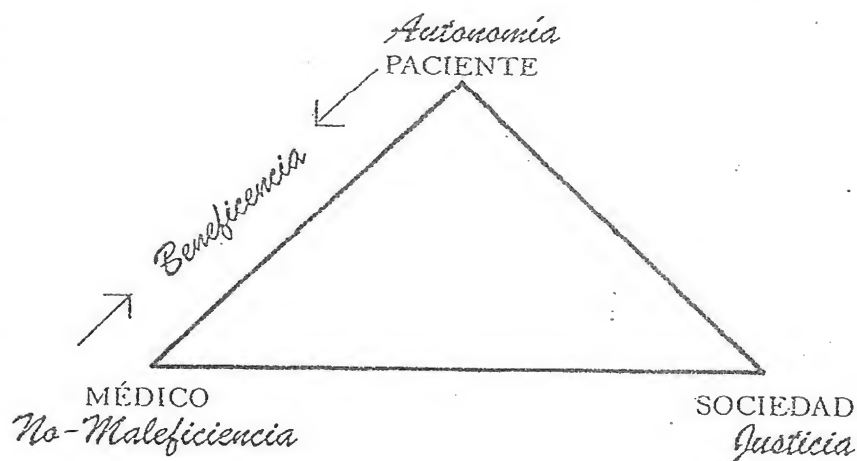
He recibido información suficiente sobre los exámenes y estudios requeridos con sus respectivos riesgos e implicaciones.

Se me ha explicado por parte de cirujano del Instituto Nacional de Cancerología, su compromiso en poner todo su empeño y conocimiento para que las cosas salgan lo mejor posible, sin que ello implique una garantía absoluta en los resultados del tratamiento.

ENTIENDO LO ANTERIORMENTE EXPUESTO, ACEPTO EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO PROPUESTO.

Paciente Familiar o Testigo
CC. No. CC. No.

ACTIVIDADES



TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

1. ¿Cómo se jerarquizan los principios?
2. ¿Qué diferencia existe entre los principios de Beneficencia y No-maleficencia?
3. ¿Cuál fue el aporte de Juramento Hipocrático en la consolidación de estos principios?
4. ¿Por qué se dice que uno de los aportes fundamentales de la Bioética fue la 'recuperación' del concepto de autonomía de los pacientes?
5. ¿Cuál es el aporte del Consentimiento Informado a la relación médico-enfermo?
6. ¿Según su experiencia, son suficientes los principios de la Bioética para solucionar los problemas que enfrenta en su práctica cotidiana?
7. De un ejemplo en el que los principios entren en conflicto.
8. ¿Qué le aporta a su práctica cotidiana estos principios?

COMENTE EL TEXTO

Algunos autores han criticado nuestro estudio considerando una simple retórica de principios, refiriéndose a que los principios con frecuencia son una tomadilla de normas repetidas sin reflexión. El Daniel y B. Gert así lo creen en su ataque contra el principismo, término que utilizan para designar a toda teoría compuesta por un conjunto plural de principios *prima facie* potencialmente conflictivos, fundamentalmente la nuestra y la de Frankena. Señalan los siguientes defectos a nuestra teoría: a) los principios no son más que nombres, listados o encabezamientos para los valores que merecen la pena recordar, y carecen de contenido moral profundo y de la capacidad de guiar acciones; b) los análisis basados en principios son incapaces de proporcionar una teoría unificada de justificación o una teoría general que convierta los principios en un conjunto sistemático, coherente y exhaustivo de guías de acción, de forma que las guías de acción que proporcionan son construcciones que carecen por completo de orden sistemático; y c) los principios *Prima facie* (y otras guías de acción del marco de referencia) entran en conflicto a menudo, y la teoría resulta demasiado indeterminada para proporcionar un procedimiento que permita resolverlos" (Tomado del Texto "Principios de la Ética Biomedica" de T. Beauchamp y J. Childress, Edit. Masson 1999, págs 99-100).

APLIQUE ESTA EVALUACIÓN

Aplique esta evaluación a 5 pacientes de su servicio.

EVALUACIÓN DE LA COMPETENCIA

1. Categoría 1: pacientes con mínimo nivel de competencia.

Criterios de competencia:

1. Conciencia básica de la propia situación: Sí/ No
2. Asentimiento explícito o implícito de las opciones que se le proponen: Sí/ No

Son competentes en esta categoría:

Niños, retrasados mentales, dementes seniles moderados.

Decisiones médicas que se pueden tomar:

- a) Consentir los tratamientos eficaces.
- b) Rechazar los tratamientos ineficaces.

2. Categoría 2: pacientes con mediano nivel de competencia.

Criterios de competencia:

1. Comprensión de la situación médica y del tratamiento médico: Sí/ No
2. Capacidad de elección basada en las expectativas médicas: Sí/ No

Son competentes en esta categoría:

Adolescentes (de más de 16 años), retrasados mentales leves, ciertos trastornos de personalidad.

Son incompetentes en esta categoría:

Trastornos emocionales severos, lobia al tratamiento, alteraciones cognitivas.

Decisiones médicas que se puede tomar:

- a) Consentir los tratamientos de eficacia dudosa.
- b) Rechazar los tratamientos de eficacia dudosa.

3. Categoría 3: pacientes con elevado nivel de competencia.

Criterios de Competencia:

1. Comprensión reflexiva y crítica de la enfermedad y el tratamiento: Sí/ No
2. Decisión racional basada en consideraciones relevantes que incluyen creencias y valores sistematizados: Sí/ No

Son competentes en esta categoría:

Adultos con mayoría de edad legal, enfermos reflexivos y autocríticos, poseedores de mecanismos maduros de comprensión.

Son incompetentes en esta categoría:

Enfermos indecisos, cambiantes, o ambivalentes, historia de ensayos neuróticos.

Decisiones médicas que se pueden tomar:

- a) Consentir los tratamientos ineficaces.
- b) Rechazar los tratamientos eficaces.

BIBLIOGRAFÍA

Pedro Lain Entralgo, *Relación médico-paciente* (2ª ed), Madrid, Alianza, 1983.

Tratados hipocráticos (ed. Carlos García Gual, Vol. II), Madrid, Gredos, 1986, pp. 66-67.

Galeno, ed. C.G. Kihn, Leipzig 1821; reedición, Hildesheim, Georg Olms, 1964, vol. IV, p. 779.

Platón, *Leyes* I,1: 631b-d.

Epidemias I,5, Cf. *Oeuvres complètes d'Hippocrate* (ed. E. Littré, Tomo II, París, 1840; reedición, Amsterdam, Hakkert, 1961), Vol 2, pp. 634-636. (en la edición inglesa de W.H.S. Jones, el texto se encuentra en *Epidemias* I,11: Hippocrates, Londres, William Heineman 1923, vol. 1, p. 164).

Karl Prümm, Vol. 2, Madrid, B.A.C., 1961, p.90. Cf. Pedro Lain Entralgo, Madrid, España-Calpe, 1987, pp. 198-200.

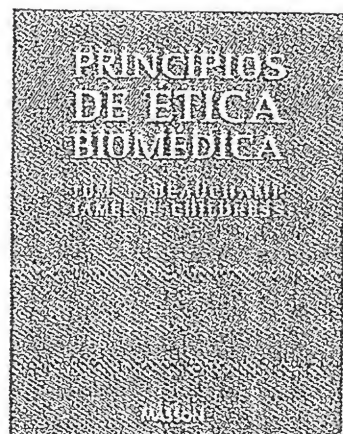
Diego Gracia y José Luis Vidal, "La Isagoge de Ioannitius: Introducción, edición, traducción y notas" en *Asclepio*, XXVI-XXVII, 1974-5, 322-323. Cf. También la edición de Maurach, *Sudhoffs Archiv*, 62, 1978, p. 155.

Ludwig Edelstein, *Ancient Medicine*, Baltimore, 1967, p.243.

Galeno, *Exhortación al aprendizaje de las artes*, edición de José Antonio Ochoa y Lourdes Sanz Mingote en el *Volúmen Galeno*, Madrid, Editorial Coloquio, 1986, p. 72.

Sobre la decencia, cap. 16. Cf. *Tratados hipocráticos*, Ed. García Gual, Madrid, Gredos, 1983, vol. 1, p. 209ss.

W.H.S. Jones, *The Doctor's Oath. An Essay in the History of Medicine*, Cambridge, Cambridge University Press, 1924.



Tom L. Beauchamp
James F. Childress
PRINCIPIOS DE LA ÉTICA
BIOMÉDICA
Edit. Masson

TABLA DE CONTENIDO

1. Moralidad y justificación moral
2. Tipos de teoría ética
3. El respeto a la autonomía
4. No maleficencia
5. Beneficencia
6. Justicia
7. Relaciones profesionales entre el sanitario y el paciente
8. Virtudes e ideales de la vida profesional
9. Apéndice: casos de ética biomédica

Ludwig Edelstein, *The Hippocratic Oath*, Supplements to the Bulletin of the History of Medicine, nr. 1, Baltimore, The Johns Hopkins Press, 1943.

Pedro Laín Entralgo, *La Medicina hipocrática*, Madrid, Revista de Occidente 1970.

Diego Gracia, en *Dolentium Hominum* III, 1988, 65-72.

Diego Gracia, en *Sudhoffs Archiv* 62, 1978, 15.

Ludwig Edelstein, No. 1, Baltimore, the Johns Hopkins Press, 1943.

Charles Singer, en *Gesnerus* 8, 1951, 177-180.

Karl Deichgräber, *Professio medici*, Zum Vorwort des Scribonius Largus, Mainz, Abhandlungen d. Akad. d. Wissenschaften u.d. Literatur, n.9. 1950.

Diego Gracia, "Hipócrates a lo divino" Homenaje a Luis Sánchez Granjel, servicio de Publicaciones de la Universidad de Salamanca (en prensa).

Manuel Casal y Aguado (alias Lucas Alemán), Madrid 1818. Citado por Juan Antonio Férrez, *Tratados Hipocráticos*, vol. I, Madrid Gredos, 1983, p. 238. Cf. Sobre esto Karl Deichgräber, *Medicus gratus*, pp. 80-83. Vern L. Bullough, Basilea-Nueva York, S. Karger, 1966.

Alfred C. Post, William S. Ely, S. Oakley Vanderpoel, Lewis S. Pilcher, Thomas Hun, William C. Wey, John Ordronaux, Daniel B. St. John Roosa, Cornelius R. Agnew, Abraham Jacobi, Y H.R. Hopkins, *An Ethical Symposium: Being a Series of Papers Concerning Medical Ethics and Etiquette from the Liberal Standpoint*, Nueva York, G.P. Putnam's Sons, 1883.

Diego Gracia, "¿Profesión o sacerdocio? Propuestas para un debate ético sobre la profesión médica", en *Jano*, núm. extra, octubre 1983, 38-52; "La profesión médica", en *Campus*, n.6, 1985, 16-18; "La Medicina en la historia de la civilización", en *Dolentium Hominum*, vol. 3, n. 7, 1988, 65-72; "El poder médico", en S. Bracho, D. Gracia et al., *Ciencia y Poder*, Madrid, Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas, 1987, 141-167.

100 Diego Gracia "Persona y Comunidad: De Boecio a Tomás de Aquino", en *Cuadernos Salmantinos de Filosofía*, XI, 1984, pp. 63-106

Gonzalo Fernández de Oviedo, *Historia General y Natural de las Indias*, ed. Juan Perez de Tuleda, Madrid, Biblioteca de Autores Españoles, tomo CXVII, 1959.

Américo Vespucio, *Cartas de viaje* (ed. Luciano Formisano), Madrid, Alianza, 1986.

Thomas Hobbes, *Leviatan* (ed. Española de C. Moya y A. Escolotado), Madrid, Editora Nacional, 1980.

Eugenio Imaz, *Utopías del Renacimiento*, México, FCE, 1941

John Locke, *Ensayo sobre el gobierno civil* (trad. Esp.), Madrid, Aguilar, 1969, p.

Adam Smith, *Investigación sobre la naturaleza y causas de la riqueza de las naciones* (trad. Esp.), México, FCE, 1979.

John Stuart Mill, *Sobre la libertad*, Barcelona, Orbis, 1985.

Alan Meisel, "The Expansión of Liability for Medical Accidents. From Negligence to Strict Liability by Way of Informed Consent", *Neb. L. Rev.* 51, 1977, 80-81.

Halbert G. Stetson y John E. Moran, "Malpractice Suits: Their Cause and Prevention", en *New Engl. Journ. Med.* 210, 1934, 1383-1384.

Tom L. Beauchamp, y Laurence B. McCullough, *Ética médica. Las responsabilidades morales de los médicos* (trad. Esp.), Barcelona, Labor, 1987.

José Luis L. Aranguren, *Ética*, Madrid, Revista de Occidente, 1958.

Pedro Laín Entralgo, *Enfermedad y pecado*, Barcelona, Toray, 1961.

John Locke, *Dos ensayos sobre el gobierno civil*; ed. Esp. Madrid, Aguilar, 1969. Cf. Eusebio Fernández, *Teoría de la justicia y derechos humanos*, Madrid, Debate, 1984.

- Robert Nozick, *Anarchy, state, and utopia*, Nueva York, Basic Books, 1974.
- J.J. Rousseau, *Del contrato social* (trad. Mauro Armiño), Madrid, Alianza, 1980.
- Adam Smith, *Investigación sobre la naturaleza y causas de la riqueza de las naciones*, L.I, c. 10 (trad. Esp) México, FCE, 1958.
- Henri Hartzfeld, *La crisis de la medicina liberal*, Barcelona, Ariel, 1965, donde se estudia el caso francés con todo detalle.
- Robert Malthus, *Primer ensayo sobre la población*, Madrid, Alianza, 3ª. Ed., 1970.
- Baruch Brody, "Health Care for the Haves and Have-nots: Toward a Just Basis of Distribution", en Earl E. Shelp, ed. *Justice and Health Care*, Dordrecht, Reidel, 1981.
- Karl Marx, *El manifiesto comunista*, Madrid, Ayuso, 1974.
- Gregorio Peces-Barba, *Escritos sobre derechos fundamentales*, Madrid, Eudema, 1988.
- John Rawls, *A theory of justice*, Cambridge, Mass, The Belknap Press of Harvard University Press, 1971; (trad. Esp.), Madrid, FCE, 1979.
- John Rawls, "El constructivismo kantiano en la teoría moral", en su libro *La Justicia como equidad. Materiales para una teoría de la justicia* (trad. Esp. De Miguel Angel Rodilla), Madrid, Tecnos, 1986.
- Robert M. Veatch, *The foundations of justice. Why the Retarded and the Rest of Us Have Claims to Equity*, Nueva York, Oxford University Press, 1986.
- Charles Fried, "¿Es posible la libertad?", en S.M. McMurrin, ed., *Libertad, igualdad y Derecho. Las conferencias Tanner sobre filosofía moral*, Barcelona, Ariel, 1988.
- Ronald M. Green, "Justice and the Claims of Future Generations", en Earl E. Shelp, *Justice and Health Care*, Dordrecht, Reidel, 1981, p. 196. Cf. También los siguientes trabajos de R.M. Green: "Intergenerational Distributive Justice and Environmental Responsibility", en *Bioscience*, 27, 1977, 260-265; *Population Growth and Justice*, Missoula, Montana, Scholars Press, 1975.
- John Stuart Mill, *Principles of political economy*, ed. J. Ashley, Londres, Longmans, Green, 1909.
- Milton y Rose Friedman, *Libertad de elegir*, Barcelona, Grijalbo, 1980.
- Thomas Szasz, *Teología de la Medicina*, Barcelona, Tusquets, 1981.
- Diego Gracia, "Medicina Social", *Avances del Saber*, Barcelona, Labor, 1984.
- Tom L. Beauchamp y James F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, Nueva York, Oxford University Press, 1979.
- President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, *Summing Up*, Washington, U.S. Government printing Office, 1981.
- David Ross, *the Right and the Good*, Oxford, Oxford University Press, 1930.
- John S. Mill, *Utilitarismo*, trad. Esperanza Guisán, Madrid, Alianza, 1984.
- Richard M. Hare, "A Kantian approach to health care policy", texto mecanografiado, fol. 4.
- Ronald Dworkin, *Los derechos en serio*, Barcelona, Ariel, 1977.

